



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**CONDUCTA DEL TERAPEUTA Y SU RELACIÓN CON LA ASISTENCIA  
AL TRATAMIENTO DEL USUARIO DE SUSTANCIAS**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL  
COMPORTAMIENTO ADICTIVO**

**PRESENTA:**

**JUDITH ELISA FERRER ALARCÓN**

**DIRECTORA:**

**DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DR. CARLOS SANTOYO VELASCO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. MAURA JAZMÍN RAMÍREZ FLORES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MTRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**México D.F.**

**Julio 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

### **Tesis apoyada por el financiamiento al proyecto PAPIIT IN305114.**

El presente estudio se llevó a cabo gracias al apoyo financiero del proyecto PAPIIT IN305114 “Evaluación de la impulsividad y la propensión al riesgo asociadas al consumo de marihuana, cocaína y tabaco a través del análisis de las tasas de descuento temporal y probabilístico de ganancias y pérdidas en humanos” otorgado por la Dirección General de Asuntos de Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a la directora de esta tesis Dra. Silvia Morales Chainé.

## **Agradecimientos**

A Dios por darme la oportunidad de sanar y seguir, por todo lo hermoso que tengo en mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por convertirme en la profesional que soy, gracias a mi querida alma mater que me ayudo a desarrollarme académica y profesionalmente.

A la Dra. Silvia Morales Chainé, gracias doctora Silvia por integrarme en su equipo, cuando llegué al centro entré con la firme decisión de trabajar con usted y aprender mucho de Crianza y Adicciones. Muchísimas gracias doctora porque así ha sido durante los ya 5 años y medio en los que he formado parte de su equipo, donde comencé aprendiendo del programa más bonito, Crianza Positiva y donde me he formado hasta convertirme en la profesional que soy ahora. Gracias doctora, por ser mi madre académica, por mostrarme con el ejemplo el tipo de profesional que quiero ser, por mostrarme su dedicación y su amor por la psicología, por todo el apoyo que me ha dado, la admiro y quiero muchísimo. Y de nuevo gracias Dra. Silvia por guiarme en la realización de mi tesis por todo su apoyo y por sus comentarios para mejorar este trabajo.

Al Dr. Carlos Santoyo Velasco, muchísimas gracias doctor por sus valiosos comentarios, por su tiempo, por orientarme, por enseñarme acerca de la Metodología Observacional, por enriquecer mi trabajo con sus conocimientos. Gracias doctor por todo el aprendizaje y apoyo. Sin duda mi tesis no sería la misma sin su apoyo, gracias doctor.

A la Dra. Lydia Barragán Torres, doctora gracias por su apoyo durante toda mi estancia en el centro, por integrarme en diversas actividades donde he aprendido mucho, gracias por la confianza. Le agradezco doctora por compartir su amplia experiencia en el trabajo clínico, por enseñarnos con el ejemplo a ser psicólogos comprometidos, éticos y a ser congruentes con lo que le transmitimos a los usuarios. Gracias doctora por ayudarme en el desarrollo de este trabajo.

A la Dra. Maura Ramírez, gracias doctora por el apoyo en la realización de esta

tesis.

A Violeta, gracias Vio por tus comentarios para mejorar mi tesis. Y por compartir diversos momentos en el centro, tanto académicos, profesionales y personales.

A Marina por ser un pilar en mi formación académica, gracias además por ser tan buena onda conmigo y por compartirnos toda tu sabiduría.

A mi mamá, gracias momo por todo el apoyo, porque gracias a tu valentía soy la persona que ahora soy, porque gracias a ti que no te rendiste me convertí en la profesional que soy ahora. Te amo mamá, gracias por siempre apoyarme en todo, por estar ahí cuando me enfermé, por apoyarme día a día, porque a ti te debo todo. Todos mis logros te los dedico mamá.

A mi hermana Sandra, gracias Karen porque tú me has acompañado en todo este camino, por tus consejos y por levantarme cuando lo necesitaba. Eres mi mejor amiga, tú conoces todo de mí y hemos sido compañeras para convertirnos en las profesionales que somos. Gracias por siempre apoyarme en las buenas y en las malas, gracias por apoyarme cuando más lo necesité, te amo.

A mi hermano, gracias Johnny porque siempre has sido un gran hermano, porque por tu influencia soy la persona que soy, te amo.

A Jime y a Gael, mis amados sobrinos, mis niños muchas gracias por sacarme siempre una sonrisa, por los juegos y por ser mi apoyo con sus risas y ocurrencias, los amo.

A mis abuelitos, gracias abuelita Claudia, abuelita Lena y abuelito Juan va para ustedes. Gracias a mi tía Emma, a mi tío Toco y a mi tía Clarita por el apoyo que nos han dado. Y gracias a ti Cristian, Rodri y a Yaz por cuidarme cuando lo necesité.

A Ale, amiga te quiero muchísimo. Gracias por acompañarme en este proceso, por enseñarme de crianza, del centro y porque en coterapia aprendí muchísimo de ti, gracias por siempre ser mi colega, por enseñarme tantas cosas. Gracias por siempre

tener una sonrisa para todos, por compartir tantos momentos juntas, gracias porque eres una gran amiga Ale. Gracias por siempre apoyarme Ale.

A Montse, gracias Mon por todas las enseñanzas en Crianza y por todo lo que me enseñaste, he aprendido mucho de ti. Gracias Mon porque contigo y con Ale me he divertido muchísimo, gracias Mon por compartir tantos momentos juntas. Gracias por siempre apoyarme Mon, te quiero mucho amiga.

A Julito, aunque me dices que no me ayudaste en nada. Si lo hiciste con tu apoyo y levantándome cada vez que lo he necesitado, por hacerme reír siempre, gracias por tu amor, te amo

A Liss y a Isma, gracias amigos por todos los momentos chistosos, de apoyo y por estar ahí, por todo lo que hemos compartido, los quiero.

A Gina, Davo, San, Dana, María Elena y Christian gracias por todo el apoyo, por ser o haber formado parte del equipo de acasulco, por enriquecer nuestro trabajo en equipo, por las risas y todos los momentos, los quiero.

Al equipo de Descuento Temporal y Probabilístico, gracias chicas y chico por participar en esta tesis. A los usuarios de sustancias que participaron. Gracias a la Dra. Silvia, al Dr. Carlos, a Ale, a Montse y a Alfredo por ayudarme en la construcción del instrumento, a Itzel por ayudarme con el registro de vídeos y con la obtención de concordancia.

Finalmente gracias al Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” o acasulco, porque he aprendido bastante en nuestra segunda casa, que alojo al equipo de trabajo de la Dra. Silvia.

*Unas veces vas a bajo y otras vas arriba, así son las cosas en las pista de la vida, Café Tacvba.*

*Por mi raza hablará el espíritu.*

## Índice

	Página
Resumen/ Abstract	6-7
Introducción	8
Marco teórico	
Capítulo 1. Deserción en la intervención breve para adicciones.	12
Capítulo 2. La conducta del terapeuta como medio para propiciar la asistencia a la intervención del usuario de sustancias.	17
Método	27
Resultados	37
Discusión	51
Referencias	61
Anexos	68

## Resumen

Existe una alta deserción en las intervenciones para adicciones. El comportamiento del terapeuta consistente con la Entrevista Motivacional (EM) hace más probable las afirmaciones de cambio del consumo. Las intervenciones con EM aumentan la probabilidad de asistencia a la primera sesión de tratamiento. Por ello, el objetivo del estudio fue describir la relación de las conductas de interacción del terapeuta con la asistencia del usuario a la primera sesión de tratamiento. Se implementó un estudio descriptivo con participantes control y evaluación pos-prueba con 7 psicólogos y 18 usuarios de sustancias. Se utilizó un sistema de observación directa con 20 categorías conductuales, se realizó una Ji cuadrada y un análisis secuencial. Los resultados mostraron que, en las interacciones de asistencia a la primera sesión de tratamiento, el comportamiento Simple en Entrevista Motivacional del terapeuta se asoció con la Conducta de Cambio del usuario; mientras que en las interacciones de deserción la conducta Compleja en EM del terapeuta se asoció con la conducta de resistencia del usuario, inhibió e hizo menos probable la conducta de cambio del usuario. El 77.8% de los usuarios del grupo de consejo breve asistió a su primera sesión de tratamiento en comparación al 33.3% de los participantes control. Al identificar la conducta del psicólogo que promueve la asistencia al tratamiento se pueden propiciar estrategias para incrementar dichas conductas.



## **Abstract**

There is a high dropout intervention for addictions. Behavior consistent with motivational interviewing therapist makes it more likely Change Talk of user. Motivational Interviewing interventions increase attendance at the first treatment session. Therefore, the aim of the study was to describe the relationship between the interaction behavior therapist and the assistance user to the first treatment session. We used a descriptive study with posttest assessment and control participants, (7 psychologists and 18 users of substances). We used a system of direct observation with 20 behavioral categories, a square Ji and a sequential analysis. The results showed that, in the interactions of attendance at the first treatment session, the Simple Motivational Interviewing behavior therapist became more likely behavior Change Talk user's; while dropout interactions Complex behavior therapist became more likely the resistance behavior of user, inhibited and made less likely Change Talk behavior of the user. The 77.8% of users brief counseling group attended his first treatment session compared to 33.3% in the control participants. By identifying behavior psychologist who promotes treatment attendance they can be foster strategies to increase those behaviors.

## Introducción

En México el consumo de sustancias ha incrementado en los últimos años (Encuesta Nacional de Adicciones; ENA, 2011), la prevalencia en el consumo de drogas ilegales pasó del 0.8% en el 2002, al 1.4% en el 2008 y al 1.5% en el 2011. La droga ilegal de mayor consumo en la población mexicana es la marihuana, con el 1.2% de prevalencia, seguida de la cocaína con el 0.5%. En cuanto al consumo de drogas legales el alcohol tiene una prevalencia del 57.7% en adultos, mientras que el tabaco tiene una prevalencia del 23.6% en adultos entre los 18 y 65 años de edad, que corresponde a 15.6 millones de fumadores mexicanos (ENA, 2011).

En nuestro país ha aumentado la prevalencia de usuarios dependientes de drogas ilegales pasando de 450,000 en el 2008 a 550,000 en el 2011 (ENA, 2011). Sin embargo, son pocas las personas que acuden a tratamiento. De los usuarios de drogas ilegales sólo el 9.4% ha acudido a alguna intervención para tratar su consumo, mientras que en el caso del tabaco únicamente el 2% de las personas que lo consumen han acudido a tratamiento (ENA, 2011).

Asimismo, existe una proporción importante de usuarios de sustancias que abandonan el tratamiento. Estudios recientes indican de un 23 al 50% de deserción en tratamientos ambulatorios y del 17 al 57% de deserción en tratamientos residenciales (Brorson, Arnekiv, Hendriksen, & Duckert, 2013; Deane, Wootton, Hsu, & Kelly, 2012; McHugh, Murray, Hearon, Pratt, Pollack, & Safren, 2013; Samuel, LaPlaglia, Maccarelli, Moore, & Ball, 2011; Santoja-Gómez, Sánchez-Hervás, Secades-Villa, Zacarés-Romaguera, García-Rodríguez, & García Fernández, 2010). Mientras que en México se han reportado tasas de deserción del 67.3% al 91.7% (Echeverría, Carrascoza, & Medina-Mora, 2013; Escobedo, Vite, & Oropeza, 2007).

Se han reportado tasas de deserción en el primer mes de tratamiento ambulatorio y residenciales de por lo menos el 50% (Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006). Por otra parte, los usuarios que dejan el tratamiento para adicciones no muestran mejorías significativas (Brorson et al., 2013; Eaton, 2004; Hawkins, Baer, & Kivlahan, 2008; Simpson, 1981).

Así, los usuarios de sustancias abandonan el tratamiento prematuramente

cuando aún no han alcanzado los beneficios esperados con la intervención (APA, 2007; Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006; Echeverría, Carrascoza, & Medina-Mora, 2013; Escobedo, Vite, & Oropeza, 2007).

El problema de la deserción en la intervención en adicciones ha generado un interés por el estudio de sus factores de riesgo, contemplando las características del usuario, del terapeuta y del tratamiento. Entre las características del usuario se encuentra la motivación para el cambio, la cual está significativamente influenciada por la interacción entre el terapeuta y el cliente (Miller & Rollnick, 2013; Boardman, 2006), ya que esta relación implica procesos de relación social, donde la conducta de una persona contribuye a la dirección y control de la conducta del otro (Santoyo & Espinosa, 2006). Por lo cual, de acuerdo a determinadas conductas del usuario el terapeuta mostrará un repertorio diferente de conductas a fin de propiciar su motivación al cambio.

La Entrevista Motivacional es un estilo de consejería centrado en el cliente que propicia el fortalecimiento de la propia motivación y el compromiso al cambio del cliente (Miller & Rollnick, 2013; Miller & Mount, 2001). En ensayos clínicos sobre la efectividad de la Entrevista Motivacional se ha logrado la reducción del consumo de alcohol y otras drogas cuando se utiliza en su tratamiento (Hettema, Steele, & Miller, 2005; Burke, Arkowits, & Menchola, 2003; Stephens, Roffman, & Curtin, 2000).

Diversos estudios han demostrado que la adherencia a los principios de la Entrevista Motivacional predice un mejor funcionamiento del cliente dentro de la sesión y más frases de motivación al cambio del usuario (Gaume, Bertholet, Faouzi, Gimel & Daeppen, 2010; Catley, Harris, Mayo, Hall, Okuyemi, Boardman & Ahluwalia, 2006; Moyers & Martin, 2006).

En un estudio realizado por Moyers y Martin (2006) con 11 expertos en Entrevista Motivacional y 38 usuarios de alcohol se codificaron 38 sesiones reales de consejería con el Código Secuencial para la Observación del Proceso de Cambio (SCOPE por sus siglas en inglés, Sequential Code for Observing Process Exchanges) y se realizó un análisis secuencial, donde encontraron que la conducta del terapeuta consistente con la Entrevista Motivacional (MICO por sus siglas en inglés, Motivational Interviewing Consistent) propició la conducta del cliente que lo motiva al cambio. Así la

conducta MICO hace más probables las frases auto-motivadoras del usuario, lo que concuerda con los postulados de la Entrevista Motivacional planteados por Miller y Rollnick (2013,1999), quienes plantean que el terapeuta promueve el cambio del cliente, a través del énfasis en la autonomía del cliente, promover la propia motivación al cambio del usuario y resolver la ambivalencia del usuario (es decir su conducta donde expresa el deseo de dejar de consumir y seguir consumiendo drogas).

La Entrevista Motivacional se ha definido entonces como un procedimiento que permite al usuario hablar del cambio y que se motive el mismo a cambiar su consumo, lo que puede impactar en su disposición para asistir al tratamiento, al motivarse a sí mismo a realizar las estrategias que le permiten no consumir (Miller & Rollnick, 2013 Carroll, Libby, Sheehan & Hyland, 2001).

En un estudio con 60 usuarios de sustancias se evaluó si una evaluación basada en las técnicas de la Entrevista Motivacional facilitaba la asistencia de los participantes a una primera sesión de tratamiento en comparación con una evaluación estándar. Los autores reportaron que el 59% de los usuarios que recibieron una evaluación mejorada con Entrevista Motivacional asistieron a por lo menos una sesión de tratamiento, en comparación al 29% de quienes no la recibieron (Carrol et al, 2001).

La motivación al cambio del usuario es fundamental en la intervención, dado que es necesario contar con su asistencia, compromiso y participación constante en el tratamiento para lograr cambios significativos en su problemática (Miller & Rollnick, 2013; Manzano & Ayesta, 2009). Pero a su vez, el establecimiento de este compromiso y la motivación para el cambio del usuario se afectan por las competencias que tenga el terapeuta para propiciarlos; así la conducta del profesional de la salud es determinante en el proceso terapéutico y en la efectividad del tratamiento (Barber, Gallop, Crist-Cristoph, Frank, Thase, Weiss & Connolly, 2006; Boardman, 2006; Miller & Rollnick, 2013). Es importante identificar cuáles son las conductas del terapeuta que se relacionan con la asistencia o deserción del tratamiento, a través de métodos confiables de medición y registro, ya que nos permiten asegurar que realmente medimos lo que queremos medir y que nuestra medición se mantiene a través del tiempo (Hernández, Fernández & Bautista, 2010); del mismo modo, con el uso de métodos directos de medición o métodos observacionales, es posible captar aspectos

que los métodos de medición indirecta no captan y evaluar a los participantes en una situación real (Bakeman & Gottman, 1997; Cooper & Heron, 2007). El conocer qué conductas del terapeuta están relacionadas con la asistencia del usuario a la intervención, promoverá en estudios posteriores su incremento.

Por ello el objetivo de este estudio fue describir la relación entre las conductas de interacción del terapeuta y la asistencia del usuario a la primera sesión de tratamiento. Para ello se utilizó un estudio descriptivo con participantes control y evaluación pos-prueba con 7 psicólogos y 18 usuarios de sustancias. En las siguientes secciones se apreciará el método, el instrumento utilizado que fue un sistema de observación directa con 20 categorías conductuales y los análisis estadísticos realizados. Posteriormente se observarán los resultados que mostraron que, el 77.8% de los usuarios del grupo de consejo breve asistió a su primera sesión de tratamiento en comparación al 33.3% de los participantes control (Carrol et al, 2001). Y que, en las interacciones de asistencia a la primera sesión de tratamiento, el comportamiento Simple en Entrevista Motivacional del terapeuta hizo más probable la Conducta de Cambio del usuario (Moyers & Martín, 2006).

Finalmente, se discuten los resultados encontrados, las limitaciones del estudio y los cursos de acción alternativos.

## Capítulo 1. Deserción en la intervención breve para adicciones

De acuerdo a la OMS existen 27 millones de consumidores problemáticos de drogas a nivel mundial (OMS, 2012). En Estados Unidos de América en el año 2013 se reportaron 21.6 millones de personas que fueron clasificadas con dependencia o abuso de sustancias y de estas sólo 4.1 millones recibieron tratamiento por su consumo (NSDUH, 2014). Específicamente 6.9 millones de personas presentaron abuso o dependencia a drogas ilícitas y de estas sólo 2.2 millones recibieron tratamiento (NSDUH, 2014).

En México, el consumo de sustancias ha incrementado en los últimos años, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), la prevalencia en el consumo de drogas ilegales pasó del 0.8% en el 2002, al 1.4% en el 2008 y al 1.5% en el 2011. En el caso de drogas legales, el tabaco tiene una prevalencia del 23.6% de usuarios entre los 18 y 65 años de edad, que corresponde a 15.6 millones de mexicanos (ENA, 2011).

Al igual que las cifras de Norteamérica, en México existe una proporción importante de usuarios de sustancias que presentan dependencia y son pocos quienes acuden a tratamiento, por ejemplo, de los usuarios de drogas ilegales sólo el 9.4% ha acudido a alguna intervención para tratar su consumo, mientras que en el caso del tabaco únicamente el 2% de las personas que lo consumen han acudido a tratamiento (ENA, 2011). Además, existe un porcentaje importante de deserción en aquellos que asisten a tratamiento. En la intervención psicológica la deserción del tratamiento ocurre frecuentemente, se estima que en promedio el 46% de los clientes abandonan la psicoterapia (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Así, en el caso de usuarios de sustancias existe una proporción importante de estos que abandona el tratamiento. Estudios recientes indican hasta un 50% de deserción en tratamientos ambulatorios para el abuso de sustancias y hasta de un 57% en tratamientos de internamiento (McHugh et al., 2013; Brorson, Arnekiv, Hendriksen, & Duckert, 2013; Samuel, LaPlaglia, Maccarelli, Moore, & Ball, 2011; Santoja-Gómez et al., 2010). Mientras que en México se han reportado tasas de deserción en usuarios de drogas del 67.3% hasta el 91.7% (Echeverría, Carrascoza, & Medina, 2013; Escobedo,

Vite, & Oropeza, 2007).

Aunado a las altas cifras de deserción, cabe señalar que la evidencia indica que los usuarios abandonan el tratamiento en las primeras cuatro semanas (Hawkins, Baer & Kivlahan, 2008). Se han reportado tasas significativas de deserción de por lo menos el 50% en el primer mes de tratamiento para el abuso de sustancias, tanto ambulatorio y de internamiento (Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006).

En México, los usuarios de drogas siguen las mismas tendencias para la deserción prematura del tratamiento. En un estudio acerca de los factores asociados a la deserción en el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC; Oropeza, Fukushima, García & Escobedo, 2012), realizado en una institución pública para la prevención de las adicciones, se utilizó un diseño transeccional descriptivo con 24 usuarios de cocaína (83% hombres) con una media de 27.4 años de edad, que habían desertado del TBUC entre su primera y sexta sesión en un periodo de dos años entre el 2003 y el 2005. Se obtuvieron los porcentajes de deserción por sesión encontrando que el 70.9% los usuarios desertaron en las primeras cuatro sesiones (Escobedo et al., 2007). En un estudio más reciente en México acerca de los factores asociados a la deserción de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM; Medina, Chávez, López, Félix, Gordillo & Morales, 2012) en una institución pública para la prevención de las adicciones, se utilizó un diseño transeccional descriptivo con 52 usuarios (92.3% hombres), mayores de 18 años cuya sustancia principal de consumo era la marihuana, donde se encontró que el 67.3% de los usuarios dejaron el tratamiento en las primeras cuatro sesiones, siendo mayor la deserción en las primeras dos sesiones con el 51.9% (Echeverría et al., 2013).

Así los usuarios de sustancias abandonan el tratamiento prematuramente cuando probablemente aún no han alcanzado los beneficios esperados con la intervención. Se ha encontrado que los usuarios que dejan el tratamiento para adicciones antes de que termine no muestran mejorías significativas (Eaton, 2004; Hawkins & et al., 2008; Brorson et al., 2013). Mientras que terminar el tratamiento es uno de los factores más consistentes asociados con los resultados favorables del tratamiento en adicciones (Ball, 2011; Brorson et al., 2013), tales como la abstinencia en el consumo de drogas, disminución de recaídas, una tasa menor de crimen y altos

niveles de empleo (APA, 2007; Meier, Donmmall, McElduff, Barrowclough & Heller, 2005).

Del mismo modo, la deserción del tratamiento se asocia con una serie de resultados negativos para el usuario de sustancias y para los servicios de salud, tales como un incremento del riesgo de recaída, un aumentó en las dificultades legales y financieras, problemas de salud y reingreso al tratamiento para adicciones (Alterman, Mckay, Mulvaney & MacLellan, 1996; Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey & Fleming, 1998).

La deserción también impacta en los servicios de salud al convertirse en un obstáculo para brindar servicios eficaces de salud mental, reducir la eficacia de los tratamientos y disminuir su costo-efectividad (Wierzbicki, 1993). Por ello, la deserción prematura se mantiene como el mayor problema que minimiza la efectividad de las intervenciones en adicciones (Ball et al., 2006). Propiciar la retención al tratamiento representa una oportunidad potencial para mejorar la calidad y efectividad del mismo (Hawkins et al., 2008).

Se han identificado diferentes factores de riesgo para la deserción de las intervenciones en el consumo de sustancias. Brorson et al. (2013) realizaron una revisión sistemática de los factores de riesgo para la deserción del tratamiento en adicciones, con 122 estudios de 1993 al 2013. Realizaron una búsqueda a través de bases de datos como PsychINFO, MEDLINE, Embase, ERIC, Sociological Abstracts, Cochrane e ISI Web of Science. Seleccionaron sólo los artículos que cumplían los criterios de inclusión que establecieron, los cuales se referían a la deserción sólo en tratamientos con modelos humanos para el consumo de Marihuana, Opioides, Cocaína, Alucinógenos, Metanfetaminas y el consumo de cualquier droga combinando alcohol (no sólo alcohol), donde los usuarios no padecieran de una condición somática, tuvieran algún diagnóstico psiquiátrico, hubieran sido internados o referidos a tratamiento por coerción formal o tratamiento obligatorio por mandato legal. Una vez que delimitaron su búsqueda realizaron un análisis de la calidad de los estudios de acuerdo a tres estrategias: la frecuencia del factor estudiado, significancia estadística y la dirección de la relación entre variables observadas en otros hallazgos. Los autores encontraron factores de riesgo de deserción asociados con el usuario, con el



tratamiento y con el proceso de tratamiento; como factores de riesgo de deserción del usuario encontraron la edad, sexo, nivel educativo, uso de sustancias, otros trastornos relacionados, estatus marital y funcionamiento cognitivo. En cuanto a los factores de riesgo de deserción relacionados con el tratamiento, los autores encontraron el método del tratamiento es decir la modalidad de psicoterapia (por ejemplo, terapia cognitivo conductual, terapia multidimensional familiar, terapia grupal estándar en comparación al enfoque de reforzamiento comunitario) o modalidad del tratamiento psiquiátrico utilizado; así como la modalidad de tratamiento es decir ambulatorio o residencial y la duración total de la intervención en adicciones. Con relación a los factores de riesgo de deserción asociados al proceso del tratamiento, los autores encontraron a la motivación al tratamiento, la alianza terapéutica (relación del terapeuta-usuario) y la satisfacción del paciente con su tratamiento (Brorson et al., 2013). Además, otro de los aspectos que se destacan en el estudio es el porcentaje de abordaje de los diferentes tipos de factores de riesgo a la deserción, el 91% de los estudios revisados por los autores sobre factores de riesgo de deserción se centraron en características del paciente. Sólo el 4% de los estudios abordaron el programa del tratamiento y sólo el 5% de estudios investigaron predictores de la deserción con relación al proceso de tratamiento, como la alianza o relación terapéutica, la motivación y satisfacción del usuario al tratamiento (Brorson et al., 2013).

Otro de los factores de riesgo de deserción que se han estudiado es la impulsividad del usuario, a través del paradigma de Descuento Temporal y Probabilístico. Stevens, Verdejo-García, Roeyers, Goudriaan, & Vanderplaschen (2015) realizaron un estudio para examinar si las tasas de descuento temporal eran un predictor de una menor retención al tratamiento de adicciones. Utilizaron un diseño de estudio de caso con una sola medición con 84 usuarios de cocaína (70%), opiáceos (12%), estimulantes (10%) y marihuana (8%), que tenían una media de 28.71 años de edad y que ingresaron a un programa de desintoxicación de internamiento. Los usuarios realizaron una tarea computarizada de descuento temporal programada en E-Prime, contestaron la escala de Motivación al tratamiento versión holandesa y se midió su retención al tratamiento (como una variable continua de número de días en el programa de desintoxicación y como una variable dicotómica de deserción y

terminación del tratamiento). Realizaron una regresión lineal para el análisis de datos y encontraron que las tasas de descuento temporal (altos valores de  $k$ ) son un predictor significativo de la retención al tratamiento (días en intervención), es decir los usuarios que descontaron menos el valor subjetivo de las recompensas en función del tiempo permanecieron más días en tratamiento. Del mismo modo encontraron que el descuento temporal pronunciado fue un predictor significativo de una menor disposición al tratamiento y que una menor disposición al tratamiento fue un predictor significativo para una menor retención al tratamiento.

El estudio de factores de riesgo de la deserción en las intervenciones para adicciones ha motivado otros estudios en relación a la retención del tratamiento, los cuales han resaltado una correlación entre la relación terapéutica y la retención al tratamiento (Hawkins et al., 2008; Meier et al., 2006). Por lo cual es importante el estudio de la interacción terapeuta usuario y cómo impacta en la retención al tratamiento.

## **Capítulo 2. La conducta del terapeuta como medio para propiciar la asistencia a la intervención del usuario de sustancias**

El problema de la deserción en las intervenciones en adicciones ha originado el estudio de sus diferentes factores de riesgo, entre estos se han contemplado las características del usuario, de la intervención y del proceso de tratamiento. Entre los factores menos estudiados se encuentran los relacionados al proceso de tratamiento los cuales contemplan la motivación del usuario y la interacción terapeuta-usuario (Broson et al., 2013).

La motivación para el cambio del usuario está significativamente influenciada por la interacción entre el terapeuta y el cliente (Miller & Rollnick, 2013; Boardman, 2006), ya que esta relación implica procesos de interacción social, donde la conducta de una persona contribuye a la dirección y control de la conducta del otro (Santoyo & Espinosa, 2006). Por lo cual, de acuerdo a determinadas conductas del usuario, el terapeuta mostrará un repertorio conductual diferente a fin de propiciar su motivación al cambio.

Específicamente en el campo de las adicciones se plantea que la Entrevista Motivacional es un procedimiento en el que se promueve el uso de estrategias conductuales del terapeuta para promover la motivación intrínseca del usuario, de manera que el usuario se proponga y realice acciones que le permitan cambiar su consumo de drogas. La Entrevista Motivacional (EM) es una manera de brindar consejo, descrita como un estilo de conversación colaborativa que propicia el fortalecimiento de la propia motivación y compromiso al cambio del cliente (Miller & Rollnick, 2013; Miller & Mount, 2001).

Ensayos clínicos sobre la efectividad de la Entrevista Motivacional han permitido demostrar la reducción del consumo de alcohol y otras drogas cuando se utiliza en su tratamiento (Burke, Arkowits, & Menchola, 2003; Hetteema, Steelle, & Miller, 2005; Stephens, Roffman, & Curtin, 2000). En una revisión de meta-análisis, compuesta por 21 estudios cuantitativos independientes de intervenciones para el abuso de sustancias, donde participaron 5471 adolescentes, realizado a partir de la elección de artículos que evaluarán la efectividad de tratamientos basados en el uso de la

Entrevista motivacional en adolescentes, se encontró efecto significativo en el post tratamiento, sugiriendo que las intervenciones para el uso de sustancias en adolescentes que utilizan la Entrevista Motivacional, mantienen su efecto a lo largo del tiempo en la conducta meta del consumo (Jensen, Cushing, Aylward, Craig, Sorell, & Steele, 2011).

Diversos estudios han demostrado que la adherencia a los principios de la Entrevista Motivacional predice un mejor funcionamiento del cliente dentro de la sesión, caracterizado por una mayor frecuencia de frases de motivación al cambio del usuario y una reducción de la conducta de resistencia del usuario (Catley, Harris, Mayo, Hall, Okuyemi, Boardman & Ahluwalia, 2006; Gaume, Bertholet, Faouzi, Gimel & Daepfen, 2010; Moyers & Martin, 2006).

Miller, Benefield y Tonigan (1993) compararon los efectos de dos tipos de intervenciones para bebedores problema una de ellas utilizó el estilo de la Entrevista Motivacional y la otra un estilo de entrevista confrontativo. Contrastaron el comportamiento del terapeuta y del usuario dentro de sesión y los resultados post-tratamiento de la conducta meta (abstinencia del consumo de alcohol) en 3 diferentes grupos (2 experimentales y un control). Trabajaron con 42 usuarios de alcohol (18 mujeres y 24 hombres), los participantes fueron asignados aleatoriamente a cada grupo. En el primer grupo se les brindó un estilo de consejería dirigido y confrontativo, en el segundo se les brindó Entrevista Motivacional y en el tercero los usuarios pasaban a lista de espera, para conformar el grupo control. En los grupos experimentales se brindaron dos sesiones de consejo breve a cada usuario, todas las sesiones fueron grabadas en audio y codificadas a través de una medición directa del comportamiento del terapeuta y del usuario. Asimismo, midieron la cantidad de etanol en sangre antes y después de las intervenciones, a las 6 semanas y después de 12 meses de haber recibido las intervenciones. Así los autores encontraron correlaciones entre la conducta de confrontar del terapeuta y la conducta resistente del usuario ( $r=0.74$ ), encontrando que la conducta confrontar de los terapeutas (la conducta confrontar se caracterizaba por desafiar, mostrar desacuerdo, crear disputas,

incredulidad, enfatizar las características negativas del cliente y mostrar sarcasmo) se relacionaba con la conducta de resistencia del cliente, conformada por discutir (correlación con la conducta confrontar del terapeuta y discutir del usuario,  $r=0.88$ ), interrumpir o ignorar al terapeuta dentro de sesión ( $r=0.87$ ) y salir de la tarea ( $r=0.81$ ). También se encontró mayor consumo de alcohol a las 6 semanas (mg del porcentaje de concentración de alcohol en sangre  $M_{\text{estilo confrontativo}}=81.5$ ,  $M_{\text{intervención con EM}}=71.4$ ) y 12 meses de seguimiento ( $M_{\text{estilo confrontativo}}=59.1$ ,  $M_{\text{intervención con EM}}=56.2$ ) en el grupo que recibió el consejo con estilo confrontativo, mientras que el grupo que recibió la intervención con Entrevista Motivacional presentó una media menor de consumo ( $M=71.4$  y  $M=59.1$ ). Del mismo modo, se encontró que el estilo confrontativo predecía un mayor consumo en los clientes ( $R^2=0.65$ ,  $p=0.001$ ).

La literatura apunta a que un estilo consistente o inconsistente con la Entrevista Motivacional impacta en la conducta del cliente dentro de sesión. En el estudio de Catley, et al (2006) se examinaron 86 grabaciones de audio de las líneas base de sesiones de consejo breve utilizando la Entrevista Motivacional (EM) con el objetivo de examinar si la adherencia del consejero a los principios de la EM predecía más afirmaciones para el cambio de la conducta de consumo (change talk) y menos resistencia. Se trabajó con 86 afroamericanos que participaban en una investigación para la cesación del consumo de tabaco, así como con 4 terapeutas con nivel de maestría quienes habían recibido entrenamiento en Entrevista Motivacional, y que fueron quienes condujeron las sesiones de los 86 usuarios. Se utilizó un sistema de observación directa de las habilidades en entrevista motivacional (MISC-Code, 2003) y se calculó la confiabilidad ICC para instrumentos clínicos de Cicchetti, la cual evalúa la confiabilidad tomando en cuenta la utilidad clínica del instrumento. Las afirmaciones del cambio de conducta del usuario fueron evaluadas a través de la frecuencia de estados favorables del cliente para el cambio, asimismo se midió la resistencia a través de la frecuencia de habla del cliente en donde verbalizaba esta resistencia. Del mismo modo, se midió la frecuencia de las conductas consistentes e inconsistentes con la EM. Las conductas consideradas como consistentes con la EM fueron dar consejo con permiso o consideración del cliente, afirmar, enfatizar el control del cliente, uso de preguntas

abiertas, escucha reflexiva y apoyo; Mientras que las conductas inconsistentes incluían dar consejo sin permiso, dar instrucciones, confrontar, aumentar la preocupación sin permiso y advertir. A su vez midieron la frecuencia del funcionamiento global del cliente y la interacción global. Los resultados indicaron que la adherencia a los principios de la EM y una frecuencia media mayor ( $M=28.99$ ) de la conducta consistente con la EM del terapeuta predicen un mejor funcionamiento del cliente (colaboración y compromiso,  $PRE=0.27$ ,  $p=0.05$ ) y más afirmaciones o habla de cambio del consumo (change talk,  $PRE=0.357$ ,  $p=0.001$ ). Por otra parte, la conducta inconsistente con la EM del terapeuta no predijo la conducta de resistencia del cliente. Los autores apuntaban a que esta diferencia con el estudio previo de Miller et al (1993), se debía principalmente a que los terapeutas que participaron en su estudio sólo tenían variaciones en su adherencia a los principios de la EM y no un estilo confrontativo, como en el estudio de Miller et al (1993), donde se compararon 2 estilos diferentes uno de Entrevista Motivacional y uno confrontativo. Por lo cual las conductas inconsistentes con la EM de los terapeutas en el estudio de Miller et al (1993) eran predictores fuertes de la conducta de resistencia del usuario; mientras que en el estudio de Catley et al (2006) se presentaron en menor frecuencia las conductas inconsistentes con la EM. Otro aspecto a resaltar de este estudio es que encontraron que la conducta de escucha reflexiva y parafrasear o refraseo fueron predictores del habla o afirmaciones para el cambio del consumo del usuario (change talk). En resumen, los resultados apuntaron que para incrementar las afirmaciones de cambio de conducta del cliente y minimizar la resistencia del usuario, los terapeutas se podrían enfocar principalmente en usar más escucha reflexiva, refraseo, enfatizar la autonomía del cliente y sugerir o dar consejos considerando la opinión del cliente.

Dentro de otras investigaciones que se centran en cómo propiciar el habla o afirmaciones para el cambio del consumo del usuario, Moyers y Martin (2006) trabajaron con 11 expertos en EM con una media de 37.63 años, en su mayoría mujeres 54.5%, que contaban con maestría (36.4%), licenciatura (27.3%) y doctorado (9%); así como con 38 usuarios de alcohol con una media de 37.6 años, en su mayoría hombres (68%), que se involucraban en el proyecto MATCH para evaluar algunos tratamientos de Alcoholismo. Se grabaron en audio 38 sesiones reales de intervención

breve, las cuales se registraron con el Código Secuencial para la Observación del Proceso de Cambio (SCOPE) y se realizó un análisis secuencial. Las probabilidades condicionales fueron calculadas con la conducta del terapeuta consistente con la EM (MICO), la conducta del terapeuta inconsistente con la EM (MIN) y la conducta verbal del cliente. Así encontraron que la conducta del terapeuta consistente con la Entrevista Motivacional (MICO) propició la conducta del cliente que lo motiva al cambio. La conducta MICO del terapeuta hizo más probable las afirmaciones del cambio de consumo del usuario (0.17,  $p=.001$ ), lo que concuerda con los postulados de la Entrevista Motivacional planteados por Miller y Rollnick (2013,1999). Mientras que la conducta inconsistente con la EM fue seguida de manera más probable por la conducta de resistencia del usuario (0.08,  $p=0.01$ ). Un aspecto a resaltar del estudio de Moyers y Martin (2006), es que las afirmaciones o el habla para el cambio del consumo en el usuario, también se hizo más probable por Otras conductas del terapeuta (0.15,  $p=0.001$ ), entre las que se contemplaban dar información general, retroalimentación, dar opiniones estructurar y otras respuestas no consideradas en el código. Del mismo modo las conductas Seguir/Neutral del usuario, que se referían a que el usuario siguiera o escuchara la sesión; se hicieron más probables por la conducta consistente con la EM (0.30,  $p=0.05$ ) y por Otras conductas del terapeuta (0.42,  $p=0.001$ ).

Gaume, Bertholed, Faouzi, Gmel, y Daepfen (2010), realizaron un estudio para identificar las conductas del terapeuta que se relacionaban con las afirmaciones para el cambio del consumo del usuario en una intervención breve que utilizaba la EM para jóvenes. Trabajaron con 149 hombres suizos de 19 años de edad, que presentaban abuso de alcohol y que se encontraban en un proceso de reclutamiento militar. Del mismo modo trabajaron con cuatro terapeutas con maestría en psicología, que habían recibido el mismo entrenamiento en EM y eran supervisados semanalmente para garantizar la uniformidad de la calidad de su intervención, dichos terapeutas fueron quienes condujeron las sesiones de los 149 usuarios. Se grabaron en audio 149 sesiones, para su registro con el código conductual MI Skill Code MISC versión 2.1 (Miller et al, 2008). El análisis de datos se realizó a través de un software para análisis secuencial. Los autores encontraron que las afirmaciones para el cambio del usuario

fueron significativamente más probables (probabilidad condicional de 0.87,  $p=.001$ ) de ser seguidas por las conductas consistentes con la EM del terapeuta (MICO). Mientras que las conductas inconsistentes con la EM del terapeuta sólo hicieron probables la conducta de resistencia del usuario (0.42,  $p=0.02$ ) y las conductas neutras o de seguimiento (0.47). Los autores realizaron un análisis más específico de las conductas del sistema de observación, donde encontraron que la conducta de Escucha Reflexiva del terapeuta elicita la conducta de afirmaciones para el cambio del usuario.

Por su parte Glynn & Moyers (2010) realizaron un estudio donde manipularon la prevalencia de afirmaciones de cambio del consumo del usuario en dos tipos de intervenciones, evocación de las afirmaciones para el cambio del consumo con la EM y evocación mediante el análisis funcional del consumo de acuerdo a la terapia cognitivo-conductual. Trabajaron con 9 graduados de psicología clínica de la Universidad de Nuevo México que tenían por lo menos 21 años de edad, el 56% eran hombres; quienes recibieron un taller de dos días en EM y en Terapia Cognitivo-Conductual, aunado a esto se les entrenó en los componentes cruciales de la relación terapéutica, fueron grabados en audio a lo largo de tres ensayos de práctica para verificar su entrenamiento. Asimismo, trabajaron con 47 universitarios no graduados que se estaban preocupados por su consumo de alcohol. Tanto terapeutas como clientes recibieron un pago de \$20 dólares. Utilizaron un diseño ABAB y midieron la conducta a través del código de observación directa en EM MISC 1.1. Los autores encontraron un mayor porcentaje de afirmaciones para el cambio de consumo en el grupo con la intervención de evocación de CT con la EM en comparación al grupo de evocación de CT con Análisis Funcional (64% CT con la EM, 51% CT con Análisis Funcional;  $t=6.561$ ,  $p<0.001$ ,  $gl= 46$ ).

Así la literatura ha señalado que la EM se asocia con la exposición de razones de cambio en el cliente. La asociación se presenta entre el uso de ciertas conductas como la escucha reflexiva que implementa el terapeuta, en una manera directiva para reforzar el habla de cambio del cliente (Miller & Mount, 2001).

Se ha indagado sobre el efecto del comportamiento del terapeuta en los resultados del tratamiento, tal como se observó en el estudio de Miller et al (1993) donde se encontró la reducción del consumo de alcohol al utilizar conductas



consistentes con la EM.

Boardman et al., (2006) examinaron si las conductas del terapeuta consistentes con la EM estaban asociadas con la alianza terapéutica y el compromiso del cliente dentro de sesión. Trabajaron con 46 grabaciones en audio de intervención breve las cuales fueron aleatorizadas de un grupo de ensayo controlado y aleatorizado para la cesación del consumo de tabaco en residentes de viviendas públicas. Los usuarios de tabaco tenían por lo menos 18 años de edad y fumaban por lo menos 10 cigarros al día; mientras que los consejeros que condujeron las sesiones fueron siete terapeutas con maestría, dos estudiantes de doctorado en psicología clínica y un doctor en psicología clínica. Se entrenó y supervisó a todos los terapeutas en EM de acuerdo a un criterio estándar de competencias. Se codificaron los datos recolectados durante las a través del Código de Entrevista Motivacional (MISC, 2003). Se midió el compromiso del cliente a través de la Escala del Proceso terapéutico de Vandervitl en versión observacional (alfa de Cronbach=0.81, confiabilidad entre observadores ICC=0.81) y se midió la alianza terapéutica a través del Inventario de trabajo de Alianza en su versión observacional (alfa de Cronbach=0.90, confiabilidad entre observadores ICC=0.85). Los resultados indicaron que el comportamiento consistente con la EM del terapeuta estuvo relacionado significativamente con la alianza terapéutica y el compromiso del cliente, mientras que la confrontación se relacionó negativamente con la alianza.

La Entrevista Motivacional es entonces un método que permite al usuario hablar del cambio y motivarlo a modificar su consumo, lo que puede impactar en su disposición para asistir al tratamiento y motivarse a sí mismo a realizar las estrategias que le permiten no consumir.

En un estudio donde participaron 60 usuarios de sustancias, Carrol et al. (2001) utilizaron un diseño con post-prueba y grupo control con la finalidad de identificar si una evaluación mejorada con técnicas de Entrevista Motivacional propiciaba la asistencia de los participantes a una primera sesión de tratamiento en comparación con una evaluación estándar; para ello se crearon dos grupos uno de evaluación estándar (n=29) y uno de evaluación fortalecida con la Entrevista Motivacional (n=31). Las intervenciones fueron implementadas por 4 médicos con nivel maestría y licenciatura,

quienes implementaron la evaluación a través de la EM. Los médicos recibieron entrenamiento en EM con un protocolo que permitía demostrar la ejecución y recibir supervisión y retroalimentación sobre su ejecución. La evaluación estándar se realizó de acuerdo a los lineamientos del proyecto Substance Abuse Family Evaluation (SAFE), un proyecto fomentado por el Departamento de Niños y Familia como una medida de intervención ante el incremento del abuso de sustancias en los padres de familia. Es así que, el proyecto SAFE estaba implementado en el Centro Genesis de Manchester, lugar donde se realizó el estudio, para la detección del abuso de sustancias. La evaluación estándar consistía en indagar sobre las razones de referencia al centro, la historia de consumo de sustancias, la historia de problemas psicosociales y su estado actual y una prueba antidoping de orina; para finalizar los profesionales brindaban una recomendación de tratamiento y referenciaban al usuario. Mientras que, en la evaluación mejorada con Entrevista Motivacional, se obtenía la misma información que la evaluación estándar, pero se combinaba con técnicas de la EM, como Preguntas Abiertas para aumentar la conciencia del cliente sobre las consecuencias de su consumo, expresar empatía y evitar la resistencia del usuario. Ambas intervenciones duraron una hora. Así los autores encontraron, que aquellos usuarios que recibieron la evaluación con EM asistieron por lo menos a una sesión de tratamiento, 59% de asistencia en comparación con quienes no la recibieron (29%). Por lo que concluyeron, que los resultados encontrados indicaban que las estrategias de la EM podrían incrementar la probabilidad del inicio del tratamiento de los clientes (Carroll et al., 2001).

En México también se han reportado resultados en la asistencia del usuario de sustancias luego de estar expuestos a un componente motivacional. En un estudio para evaluar la efectividad para la aceptación y permanencia en el tratamiento, de una sesión de inducción basada en los componentes de la EM para el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA; Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz & Ayala, 2012); se utilizó un diseño de grupo pretest-postest sin grupo control, con una muestra de 28 adolescentes estudiantes voluntarios del Distrito Federal, quienes reportaron consumir alcohol y tener problemas relacionados. La sesión de inducción consistió en una sesión de 90 minutos,

organizada en cuatro actividades. En la primera se buscó retroalimentar al adolescente sobre el impacto del uso de sustancias con el propósito de que el mismo adolescente identificará los aspectos de su consumo que consideraba pertinente cambiar (se analizó el patrón de consumo de alcohol del adolescente, las consecuencias positivas y negativas relacionadas con su consumo, así como los factores de riesgo y de protección). La segunda consistió en dar consejo directo sobre la necesidad de cambio (el terapeuta enfatizó aquellos aspectos del consumo de alcohol que lo ponían en riesgo, además promovió que el adolescente expresara lo que consideraba oportuno cambiar de ese consumo. La tercera actividad radicó en generar alternativas para el cambio (el adolescente seleccionaba alternativas a través de las cuáles consideraba que podía cambiar los aspectos problemáticos de su consumo). Y finalmente se describieron las características del PIBA (el terapeuta clarificó las características de la intervención que requería, las ventajas y desventajas de asistir al programa, así como las acciones que él y el adolescente realizarían en el transcurso del mismo). Así al final de la sesión, el adolescente decidió si ingresaba o no al PIBA y a quienes decidieron participar en la intervención asistieron, una semana después, a su primera sesión de tratamiento. Las autoras reportaron que, en cuanto al porcentaje de aceptación y permanencia en tratamiento, luego de recibir la sesión motivacional, el 100% de los adolescentes aceptaron ingresar al programa de intervención, el 93% asistió a la primera sesión de tratamiento y el 62% lo concluyó (Salazar, Martínez, & Barrientos, 2009).

Así, las conductas consistentes con la EM son efectivas para hacer más probables las afirmaciones para el cambio del usuario, lo que repercute a su vez en el compromiso del cliente, su motivación al cambio, asistencia al tratamiento y en la efectividad del tratamiento.

Otro de los aspectos importantes para la ejecución correcta de las conductas consistentes con la Entrevista Motivacional es el nivel de entrenamiento de los terapeutas. En un estudio donde se comparó el efecto del entrenamiento en EM en el comportamiento del profesional y en el comportamiento del paciente, se trabajó con dos enfermeras especialistas en el manejo de la diabetes y 18 pacientes diagnosticados con esta enfermedad. Se utilizó un diseño de línea base múltiple, donde

se realizaron mediciones en la intervención de las enfermeras antes del entrenamiento cuando brindaban Educación al Paciente y luego de recibir un entrenamiento en EM. El entrenamiento consistió en una enseñanza didáctica, a través de modelamiento, ensayos conductuales utilizando experiencias clínicas cotidianas y retroalimentación. Los autores encontraron un mayor porcentaje de ejecución en las enfermeras, en preguntas abiertas y escucha reflexiva después de recibir el entrenamiento. Del mismo modo las enfermeras presentaron más conductas consistentes con la EM después de recibir el entrenamiento. Por su parte en la conducta de los pacientes, se observó mayor porcentaje de afirmaciones o discurso para el cambio, después de que las enfermeras recibieron el entrenamiento en EM. Al examinar el patrón de la conducta de afirmaciones para el cambio del cliente se observó que esta conducta tendía a ocurrir con mayor frecuencia a través del tiempo, en comparación a la línea base (Britt & Blampied, 2009).

Así, la literatura ha demostrado que el comportamiento consistente con la Entrevista Motivacional del terapeuta promueve la conducta de afirmaciones para el cambio del consumo del usuario (Catley, Harris, Mayo, Hall, Okuyemi, Boardman & Ahluwalia, 2006; Gaume, Bertholet, Faouzi, Gimel & Daeppe, 2010; Moyers & Martin, 2006). También se ha demostrado que la asistencia del usuario de sustancias a una primera sesión de tratamiento, aumenta cuando los usuarios reciben una breve intervención utilizando la EM (Carrol et al., 2001; Salazar et al., 2009). Que el entrenamiento en EM influye en que el terapeuta aumente su ejecución de conductas consistentes con la EM y que a su vez promueva un mayor porcentaje de afirmaciones para el cambio en el usuario (Britt & Blampied, 2009). Sin embargo, hace falta investigación para determinar cuáles son las conductas del terapeuta que se relacionan con la asistencia o deserción a por lo menos una sesión de tratamiento; al describir que tipo de conductas se vinculan con la asistencia una primera sesión de tratamiento, es posible fomentarlas en el entrenamiento en EM de los terapeutas con la finalidad de aumentar la asistencia al tratamiento del usuario de sustancias.

Por ello el objetivo de este estudio fue describir la relación entre las conductas de interacción del terapeuta y la asistencia del usuario a la primera sesión de tratamiento.

## Método

### Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia conformada por 7 psicólogos y 18 usuarios de sustancias pertenecientes a una institución pública para la prevención de adicciones. La muestra participó en un proyecto de investigación de un alcance más amplio que evaluaba las tasas de descuento temporal y probabilístico de ganancias y pérdidas en humanos.

El 87.5% de los psicólogos de la muestra eran mujeres entre los 21 y 43 años de edad, con una media de 27 años. La mayoría eran solteros (71.4%), seguido de divorciados (14.3%) y en unión libre (14.3%). En cuanto a su ocupación todos fueron estudiantes de tiempo completo (100%). El 57.2% de los psicólogos contaban con un posgrado especializado en la atención de las Adicciones y el resto eran estudiantes de pregrado, en la tabla 1 se aprecia su escolaridad específica.

Tabla 1.

*Escolaridad de los Psicólogos.*

Escolaridad	Porcentaje
Pasante de Licenciatura en Psicología	42.9
Estudiantes de Especialidad	42.9
Estudiante Maestría en Psicología	14.3

Notas: Se muestra la escolaridad específica de los psicólogos y sus porcentajes.

Los psicólogos contaban con experiencia en el manejo de la Entrevista Motivacional para la atención a usuarios de sustancias, que abarcaba un periodo de 3 a 6 meses (42.9 %), de 7 a 12 meses (28.6%) y de 24 a 48 meses (28.6%). Asimismo, los psicólogos tenían una media de 16.57 meses de experiencia en la atención de usuarios de sustancias y en promedio habían atendido a 16 usuarios de drogas.

Del mismo modo la mayoría de los psicólogos habían recibido capacitación en Entrevista Motivacional: el 57.1% de ellos cursaron un módulo en línea sobre Entrevista Motivacional con duración de 32 horas, el 14.3% había tomado una clase presencial en

la Maestría en Psicología de las Adicciones con una duración de 48 horas, mientras que el 28.6% no contaba con capacitación teórica pero había adquirido experiencia práctica al trabajar con un terapeuta experto en Entrevista Motivacional. Cabe destacar que el 100% de los psicólogos contaban con capacitación práctica, ya que todos habían adquirido experiencia de este modelo de entrevista a través del modelamiento de las habilidades por un terapeuta experto.

En cuanto a los usuarios de sustancias, el 100% eran hombres entre los 18 y 57 años de edad ( $\bar{X}$  =29.8 años), cuyo estado civil correspondió a solteros (61.1%), casados (27.8%) y en unión libre (11.1%); quienes en su mayoría eran empleados que tenían una actividad laboral estable con más de 6 meses (55.6%), seguidos por estudiantes de tiempo completo (27.8%), personas con negocio independiente o actividad laboral inestable con menos de 6 meses (5.6%), desempleados que buscaban empleo (5.6%) y desocupados (5.6%). En cuanto a su nivel educativo contaban con primaria (5.6%), secundaria (22.2%), bachillerato (33.3%) y licenciatura (38.9%).

Los clientes consumían Marihuana (55.6%), Cocaína (27.8%) y Tabaco (16.7%). Los usuarios de sustancias fueron asignados a dos grupos de manera no probabilística, a nueve usuarios se les asignó al Grupo de Consejo Breve y a los 9 restantes al grupo Control. Cabe destacar que al comparar ambos grupos no se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel socioeconómico ( $X^2_{\text{obt}}=4.76 \leq X^2_{\text{crit}}=9.48$ ), nivel de motivación al cambio  $X^2_{\text{obt}}=3.54 \leq X^2_{\text{crit}}=7.81$ ) y nivel de dependencia ( $t=.14$ ,  $gl=12$ ,  $p=.86$ ) en ambos grupos su puntaje corresponde a una dependencia sustancial (11-15 puntos). Pero si se encontraron diferencias significativas en el puntaje del nivel de riesgo del usuario más no en el tratamiento requerido usuarios ( $t=-2.2$ ,  $gl=16$ ,  $p=0.03$ ), los usuarios del grupo control presentan un puntaje de mayor riesgo en su consumo que los de Consejo Breve; no obstante, ambas medias corresponden a un puntaje que indica que los usuarios de ambos grupos requerían de un tratamiento breve (más de 27 puntos).

En la tabla 2 se muestran las medias de la comparación entre el nivel de dependencia a la droga de impacto y el tipo de tratamiento requerido de acuerdo a su nivel de riesgo evaluado. Dichos cuestionarios se les aplicaron a los usuarios como parte de su participación en el proyecto de mayor alcance sobre Descuento Temporal y

Probabilístico (no como parte del presente estudio), para identificar si el usuario de sustancias era candidato para el protocolo de investigación sobre descuento; por ello los datos siguientes fueron recabados de la aplicación hecha en el protocolo de descuento.

Tabla 2.

*Nivel de dependencia a la droga de impacto y tipo de tratamiento requerido.*

	Consejo Breve	Grupo Control
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>
Dependencia CAD-20 (a marihuana y cocaína) *	11.80 (3.4)	11.44 (4.8)
Dependencia Test de Fagerström (a tabaco)	4.67	
Tipo de tratamiento requerido por riesgo (ASSIST) **	30.67 (6.7)	36.11 (3.1)

Nota: \* No se encontraron diferencias significativas en dependencia CAD-20 ( $t=.14$ ,  $gl=12$ ,  $p=.86$ ). En el caso de tabaco se tiene una dependencia baja (4 puntos) en el grupo de Consejo Breve, no se realiza comparación porque no participaron usuarios de tabaco en el grupo control. Existen diferencias significativas en cuanto al puntaje del nivel de riesgo de los usuarios ( $t=-2.2$ ,  $gl=16$ ,  $p=0.03$ ) pero no en el tratamiento requerido (puntaje mayor a 27 puntos).

## Instrumentos y aparatos

Para conocer el nivel de dependencia a marihuana y cocaína se utilizó el **Cuestionario de Abuso de Drogas CAD-20**, el cual fue adaptado a la población mexicana por De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez, y Ayala (2001). Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.95 y el 50% de varianza explicada.

El **Test de Fagerström** de dependencia de la nicotina, usado para medir la dependencia a tabaco, fue validado por Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström (1991) reporta un Alfa de Cronbach de 0.64 y un coeficiente de correlación intraclases CCI de 0.88, así como una correlación de Pearson de  $r=0.52$ .

El tratamiento requerido por nivel de riesgo a las sustancias fue evaluado a

través de la **Prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST** adaptada por Linage y Lucio (2012). Cuenta con un coeficiente de correlación intraclases de CCI= 0.40 a 0.84 y una correlación de Pearson de  $r=0.50$  para alcohol,  $r=0.61$  para tabaco y  $r=0.30$  para otras drogas.

El nivel de motivación al cambio del usuario fue evaluado a través de la **Lista de Indicadores de Etapa de Cambio**, la cual fue adaptada por García y Oropeza (2009), dicho instrumento evalúa las etapas de motivación al cambio del consumo del usuario de acuerdo al modelo Transteórico de Etapas de Cambio (MTEC) desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982), la prueba arroja su confiabilidad por sub-áreas a través de alfas de Cronbach que van desde el 0.60 al 0.84.

Finalmente, se utilizó el **Sistema de Observación de la Interacción Terapeuta-Usuario en Entrevista Motivacional** (ver anexo 1). Para la medición del comportamiento y el estudio de la interacción terapeuta-usuario, dicho instrumento de observación directa se elaboró de acuerdo a los postulados de la Entrevista Motivacional observados en sesiones reales de la interacción de terapeutas expertos y usuarios de sustancias.

Para la elaboración del sistema de observación, se trabajó con seis díadas pertenecientes a una institución pública para la prevención del consumo de sustancias; quienes se involucraban en una intervención breve cognitivo-conductual para el abuso de drogas que utilizaba la Entrevista Motivacional. Dichas díadas estaban constituidas por terapeutas mujeres (50%) y hombres entre los 25 y 53 años de edad. Todos contaban con estudios de posgrado en Psicología y específicamente en el área de Adicciones, cuyo nivel educativo abarcaba doctorado (16.6%), maestría (16.6%), estudiantes de maestría (50%) y de especialidad (16.6%). En cuanto a los usuarios de sustancias las díadas abarcaron hombres (83.3 %) entre los 18 y 58 años de edad y una adolescente mujer de 17 años de edad. Los usuarios consumían en su mayoría alcohol (66.6%), marihuana (16.6 %) y tabaco (16.6%).

Los participantes fueron video-grabados en sesiones reales, previo a su consentimiento tanto del psicólogo como del usuario de sustancias, dado que se trabajó con una adolescente de 17 años, tanto la usuaria y su tutor brindaron su consentimiento para la videograbación y el uso de datos con fines de investigación y



supervisión.

Se realizó un Registro *Adlibitum* observando una sesión de admisión de dos terapeutas experimentadas en Entrevista Motivacional y una sesión en intervención de un estudiante de especialidad en entrenamiento.

Luego de realizar el Registro *Adlibitum* se plantearon las categorías conductuales, de acuerdo a lo observado en el registro y a los postulados de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2013; Miller & Rollnick, 1999; Miller, Moyers, Ernst, & Amrhein, 2008; Martin, Moyers, Houck, & Christopher 2005). En consecuencia, se obtuvo un sistema preliminar con 28 categorías conductuales a partir del cual se comenzó con el registro de vídeos a través de un intervalo de cinco segundos durante 20 minutos de observación de sesiones clínicas reales, hasta alcanzar la concordancia mínima inter observadores de 0.80 en el Índice Kappa de Cohen. Se obtuvieron tres matrices de confusión que permitieron calcular las primeras concordancias inter observador.

La concordancia entre observadores se calculó a través del Índice de Kappa de Cohen, el cual permite obtener el acuerdo entre observadores considerando los acuerdos que se tuvieron sólo por azar. Este índice se calcula con la siguiente fórmula  $K = \frac{P_o - P_c}{1 - P_c}$ ; donde  $P_o$  se obtiene sumando las observaciones que resultaron en acuerdos y dividiendo por el número total de ellas, mientras que  $P_c$  se calcula sumando las probabilidades de acuerdo por azar para cada categoría (Bakeman & Gottman, 1997; Bakeman & Quera, 2011).

Se obtuvieron 15 matrices de confusión que permitieron identificar aquellas categorías donde había un mayor desacuerdo, se revisaron los desacuerdos entre observadores en cuanto a intervalo, codificación y aparición de dos conductas al mismo tiempo, se verificaron las confusiones entre categorías. A raíz de esta revisión se realizaron cambios en la definición operacional de las categorías para evitar confusiones por lo cual algunas se incluyeron en descriptores o fueron eliminadas, lo que depuró el sistema a 20 categorías. De esta forma se obtuvo una concordancia final de 0.83 en el Índice de Kappa de Cohen para el terapeuta y de 0.98 para el usuario.

Así el Sistema de Observación de la Interacción Terapeuta-Usuario en Entrevista Motivacional se conforma por 20 categorías conductuales excluyentes y exhaustivas,

cinco conductas que pueden ser realizadas tanto por el terapeuta como por el usuario, 11 que sólo se observan en el terapeuta y cuatro que sólo ejecuta el usuario; así como 10 descriptores (ver anexo 1). Y se registra a través de un intervalo de cinco segundos.

En el Sistema de Observación se contemplan como criterios para el registro en caso de la aparición de dos conductas en el mismo intervalo, que se registre la conducta más novedosa, es decir que no se esté repitiendo en el intervalo anterior y que en caso de que ambas conductas sean novedosas, se registre la conducta que ocurrió primero (ver anexo 1).

Se utilizó el Software Sistema de Registro de Conductas Terapéuticas (SRC) diseñado en Visual Basic.NET 2007® ocupando el motor de base de datos Microsoft Access 2007®, programado para crear una base de datos temporal que exporta a Excel el registro conductual. Cuenta con una pantalla dividida, de lado izquierdo tiene un reproductor de vídeo (ver anexo 2) y del lado derecho cuatro celdas en la parte superior de la pantalla del programa, donde se registran las conductas y descriptores del terapeuta y del usuario, conteniendo también íconos para guardar el registro; mientras que la parte inferior derecha de la pantalla del programa contiene una tabla con el registro realizado, con columnas para tiempo, conductas y descriptores de la diada.

El programa permite elegir el video reproducirlo, regresarlo, adelantarlo o pausarlo al gusto del observador, contando además con un temporizador ajustado a un intervalo de 5 segundos, que permite que el vídeo se observe durante 5 segundos y se detenga automáticamente su reproducción una vez que ha finalizado este intervalo, dándole tiempo al observador de registrar el código que observó; reanudándose la reproducción una vez realizado el registro de una categoría conductual. Dicho programa funciona de manera muy similar al registro a lápiz y papel utilizado en la elaboración del sistema de observación, dado que permite observar el vídeo mediante un reproductor normal y registrar los códigos en celdas separadas, que permiten colocar el código del Terapeuta, del Usuario y los Descriptores para el Terapeuta y el Usuario (ver anexo 2). De este modo el Software permite mostrar la secuencia conductual para la toma de decisiones, de acuerdo a los criterios de registro del

sistema en caso de observar dos conductas en un intervalo de cinco segundos y también minimiza los errores de captura pues una vez terminado el registro arroja una base de datos en Microsoft Excel © para su análisis estadístico.

Los vídeos fueron grabados a través de tres video-cámaras digitales de alta definición marca Sony®. Las videograbaciones fueron observadas en dos computadoras de escritorio una marca Dell® con procesador Dual Core y una computadora Lenovo ® con procesador Intel Celeron, ambas equipadas con Windows 8 y con el SRC instalado.

## **Procedimiento**

La muestra participó en un proyecto de mayor alcance para el análisis de las Tasas de Descuento Temporal y Probabilístico en humanos. Por lo cual, acordé a este proyecto se utilizó el siguiente procedimiento, que se dividía en 2 sesiones. En la primera sesión los usuarios de sustancias realizaron una evaluación escrita que contemplaba la entrevista inicial, la evaluación de su nivel de riesgo al consumo, dependencia a la sustancia, patrón de consumo, satisfacción general, indicadores de trastornos psiquiátricos y de juego patológico.

Los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión del protocolo de Descuento fueron citados a una segunda sesión, donde realizaron la tarea de Descuento Temporal y Probabilístico.

A partir de este momento, se utilizó un diseño con grupo control y pos-prueba. Es decir, una vez concluida la tarea de descuento el grupo experimental participaba en la sesión de Consejo Breve, después de la cual se programó la primera sesión de tratamiento de los usuarios de sustancias. Los usuarios eran reasignados a otro terapeuta que fuera estudiante de maestría o especialidad en adicciones, quienes retomaron el caso con la información que ya se había recabado. Mientras que a los usuarios del grupo control se les programó su cita después de que terminaron la tarea de descuento. Sólo los nueve usuarios del grupo de Consejo Breve fueron video-grabados con su consentimiento en la sesión real de consejo breve con una duración media de 12 minutos.

La sesión de consejo breve se realizó como parte de las consideraciones éticas que planteó la investigación de Descuento Temporal y Probabilístico para propiciar la asistencia del usuario al tratamiento, ya que participaron usuarios con dependencia sustancial o moderada a la marihuana, cocaína y tabaco que requerían de un tratamiento breve. Dada la alta tasa de deserción en la institución era necesario contar con una intervención breve que propiciará la asistencia del cliente a su primera sesión su tratamiento.

El Consejo Breve fue realizado utilizando las estrategias contempladas en la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2013; Miller, Moyers, Ernst, & Amrhein, 2008) y las habilidades para el consejo breve propuestas en la Lista de Cotejo IDEAS (CENADIC, 2008; Morales, Martínez, Carrascosa, Chaparro, & Martínez, 2013). Siguiendo al modelo IDEAS, se indagó sobre el nivel de abuso o dependencia y sobre las situaciones de consumo, se dialogó con el usuario sobre su nivel de consumo y las consecuencias que había tenido, retomando la información obtenida en la evaluación inicial del proyecto de mayor alcance, asimismo se le informó sobre los daños que el usuario podía tener debido a su consumo y se le ayudó establecer una meta de abstinencia para evitar las consecuencias negativas a corto y a largo plazo (CENADIC, 2008; Morales, et al., 2013).

Los vídeos del grupo de Consejo Breve fueron registrados con el Sistema de Observación de la Interacción Terapeuta-Usuario en Entrevista Motivacional a través de un intervalo de 5 segundos. Se obtuvo concordancia entre observadores calculando el Índice Kappa de Cohen alcanzando un 0.86 para el terapeuta y 0.95 para el usuario.

Para el **análisis de los datos** se utilizó uno secuencial. Es decir, se obtuvieron las probabilidades incondicionadas de todo el repertorio conductual, así como las probabilidades condicionadas de las conductas del terapeuta que precedían a las del usuario y las conductas del usuario que precedían a las del terapeuta.

Para realizar el análisis secuencial las conductas observadas fueron agrupadas en categorías más amplias. Las conductas fueron divididas de la siguiente manera, conductas consistentes en Entrevista Motivacional (EM), las cuales a su vez se

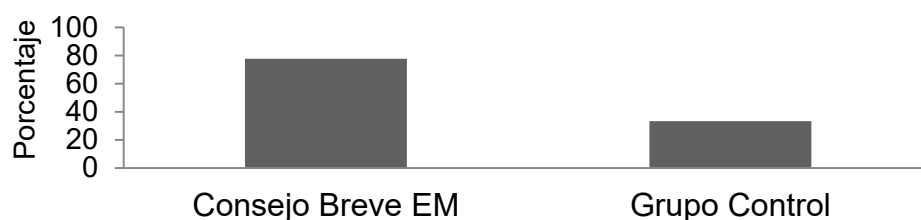
dividieron en conducta compleja y simple, dicha división se realizó basándonos en las definiciones operacionales de las conductas del instrumento de observación directa utilizado y en los principios de la Entrevista Motivacional planteados por sus pioneros (Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2008). Así las siguientes conductas del sistema de observación fueron clasificadas como conductas consistentes y Complejas de la EM: Apoyo, Empatía, Escucha Reflexiva, Pregunta Abierta, Retroalimentación, Resumir y Sugerir (ver anexo 1), fueron consideradas como complejas porque son conductas que representan mayor habilidad para ser ejecutadas correctamente por el terapeuta (Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2008). Mientras que las conductas Enseñar, Estructurar, Facilitar, Repetir y Saludo correspondieron a conductas consistentes y Simples en la EM, se consideran simples porque el nivel de complejidad de la habilidad para la correcta ejecución del terapeuta es menor (Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2008). Finalmente, las conductas Confrontar, Instrucciones Otras Respuestas y Pregunta Cerrada, conformaron las conductas inconsistentes con la EM, pues son aquellas conductas que violan los principios de la EM y generan resistencia al cambio del consumo del usuario (Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2008).

En cuanto a la agrupación de la conducta del usuario, la categoría Conducta de Cambio se conformó por la Conducta Descriptiva y por las Afirmaciones Automotivadoras del usuario, ya que son conductas que involucran que el usuario hable acerca de su consumo, que reporte su intención de cambiarlo, el reconocimiento del problema, preocupación y estrategias de enfrentamiento para cambiar el consumo de sustancias (Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2008). Mientras que las conductas Facilitar, Ejecución, Pregunta Abierta, Pregunta Cerrada y Saludo se agruparon como la conducta Participativa del usuario, ya que son conductas deseadas que contemplan el involucramiento en la sesión del usuario de sustancias (Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2008). Finalmente, la conducta de Resistencia del usuario se conformó por la conducta de Resistencia y Otras Respuestas; ya que son conductas donde el usuario se opone o justifica su consumo, o bien realiza cualquier conducta que le ayude a no involucrarse en la sesión (Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2008).

Adicionalmente, se realizaron análisis con la prueba estadística Ji cuadrada para obtener las probabilidades condicionadas, y comparar el comportamiento del terapeuta en interacciones de asistencia o deserción a la primera sesión de tratamiento del usuario y para comparar la asistencia a la primera sesión entre el grupo de consejo breve y el grupo control.

## Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la asistencia del usuario de sustancias a la primera sesión de tratamiento en el grupo que recibió Consejo Breve utilizando la EM y el Grupo Control. La Figura 1 representa el porcentaje de usuarios del grupo experimental y el grupo control que asistieron a su primera sesión de tratamiento, donde se observa que el 77.8% de los usuarios que recibieron Consejo Breve asistieron a su primera sesión contra un 33.3% de los usuarios del grupo control que también asistieron.



*Figura 1.* Asistencia a la primera sesión de tratamiento en los dos grupos del estudio (el porcentaje representa al número de usuarios de sustancias que asistieron a tratamiento).

Un análisis no paramétrico mostró que no existían diferencias significativas en la distribución de los participantes conforme a su asistencia a la primera sesión de tratamiento entre el grupo de Consejo Breve y el control ( $X^2_{\text{obt}}=3.60 \leq X^2_{\text{crit}}=3.84$ ;  $p=0.058$ ,  $gl=1$ ).

En la Tabla 3 se muestran las frecuencias de Conductas consistentes e inconsistentes con la Entrevista Motivacional (EM) en la interacción terapeuta-usuario ocurridas en el grupo de Consejo Breve, en negritas y cursivas podemos observar la conducta Compleja consistente con la EM, que se conforma por Apoyo, Empatía, Escucha Reflexiva, Pregunta Abierta, Retroalimentación, Resumir y Sugerir. Mientras que la conducta Simple en EM se observa en negritas y se constituye por Enseñar, Estructurar, Facilitar, Repetir y Saludo. El resto de las conductas corresponden a conductas inconsistentes con la EM que se conforman por Confrontar, Instrucciones Otras Respuestas y Pregunta Cerrada. En la Tabla 3 se observa que las conductas con mayor frecuencia de ocurrencia son aquellas consistentes con la Entrevista Motivacional, asimismo se aprecia una mayor frecuencia en

las conductas simples (S) de la Entrevista Motivacional, teniendo una media de 393.25. Mientras que las conductas más complejas se presentaron con menor frecuencia, con una media de 68.14. Del mismo modo los terapeutas realizaron en menor medida las conductas Inconsistentes con la Entrevista Motivacional (IEM) teniendo una media de 44.

Tabla 2.

*Frecuencia de las conductas del terapeuta ocurridas durante la interacción terapeuta-usuario.*

Conductas	Frecuencias									
	T1	T2.1	T 2.2	T2.3	T3	T4	T5	T6	T7	Total
<b>Apoyo</b>	0	1	4	2	0	8	0	1	0	16
<b>Empatía</b>	8	1	0	1	0	5	0	0	0	15
<b>Enseñar</b>	135	84	23	16	46	79	73	99	82	637
<b>Escucha Reflexiva</b>	1	0	0	1	0	9	0	1	0	12
<b>Estructurar</b>	13	16	9	5	17	24	2	27	22	135
<b>Facilitar</b>	156	134	56	18	30	232	65	38	29	758
Instrucciones	0	8	2	1	3	1	0	15	1	31
Otras Respuestas	3	3	1	8	1	1	2	1	13	33
<b>Pregunta Abierta</b>	12	35	20	17	15	22	46	21	10	198
Pregunta Cerrada	9	11	5	12	14	6	1	2	8	68
<b>Retroalimentación</b>	3	8	4	3	2	4	17	9	3	53
<b>Resumir</b>	44	13	13	7	10	24	26	14	18	169
<b>Repetir</b>	7	0	7	7	3	3	6	5	5	43
<b>Sugerir</b>	2	3	2	0	4	0	0	3	0	14
<b>Total</b>	<b>393</b>	<b>317</b>	<b>146</b>	<b>98</b>	<b>146</b>	<b>418</b>	<b>240</b>	<b>236</b>	<b>194</b>	<b>2188</b>

Nota: Las frecuencias pertenecen al Grupo de Consejo Breve (grupo que recibió intervención), la primera columna representa al primer terapeuta, la columna T2.1, T2.2 y T2.3 simboliza al segundo terapeuta, pero en interacción con 3 diferentes usuarios, las demás columnas representan al tercer, cuarto, quinto, sexto y séptimo terapeuta. Los totales difieren de acuerdo a la duración de la interacción registrada. Las conductas Confrontar y Saludo no sucedieron en ninguna de las interacciones.



En la Tabla 4 se aprecian las conductas del terapeuta presentadas en la Interacción del grupo de Consejo Breve que se relacionan o no con la asistencia del usuario. Un análisis no paramétrico, mostró diferencias significativas entre las conductas de los terapeutas, ejecutadas en los participantes que si asistieron a su primera sesión de tratamiento en comparación con los que desertaron ( $X^2_{\text{obt}}=12.45 \geq X^2_{\text{crit}}=3.84$ ;  $p=0.009$   $g/1$ ). Así se presenta una mayor cantidad de conductas consistentes con la Entrevista Motivacional en las Interacciones donde los usuarios asistieron a su primera sesión de tratamiento que en aquellas interacciones donde los usuarios desertaron.

Tabla 4.

*Total, de conductas de interacción entre el terapeuta y el usuario en función de la asistencia o deserción del tratamiento.*

	Conductas consistentes con la EM	Conductas inconsistentes con la EM	Total
Asistencia	1586	138	1724
Deserción	823	37	860
Total	2409	175	2584

Nota: Las interacciones de asistencia tienen una duración promedio de 15 minutos y las de deserción de 8 minutos.

### **Comportamiento del terapeuta con los usuarios que asistieron a su primera sesión de tratamiento**

En este apartado se presentan los resultados del Análisis Secuencial de Datos de las interacciones donde los usuarios de sustancias asistieron a su primera sesión de tratamiento.

En la Figura 2 se aprecia el diagrama de transición y la matriz de doble entrada de la interacción del terapeuta uno con el usuario uno, consumidor de tabaco. Donde se observa que la Conducta Compleja de la EM del terapeuta (C) tiene una probabilidad condicional de 0.13 de que el usuario realice su Conducta de Cambio

(CC). Asimismo, la conducta Compleja de la EM tiene una probabilidad condicional de 0.85 de generar la conducta Participativa (P) del usuario. Mientras que la conducta Simple en EM del terapeuta tiene una probabilidad condicional de 0.51 de generar la conducta de cambio del usuario.

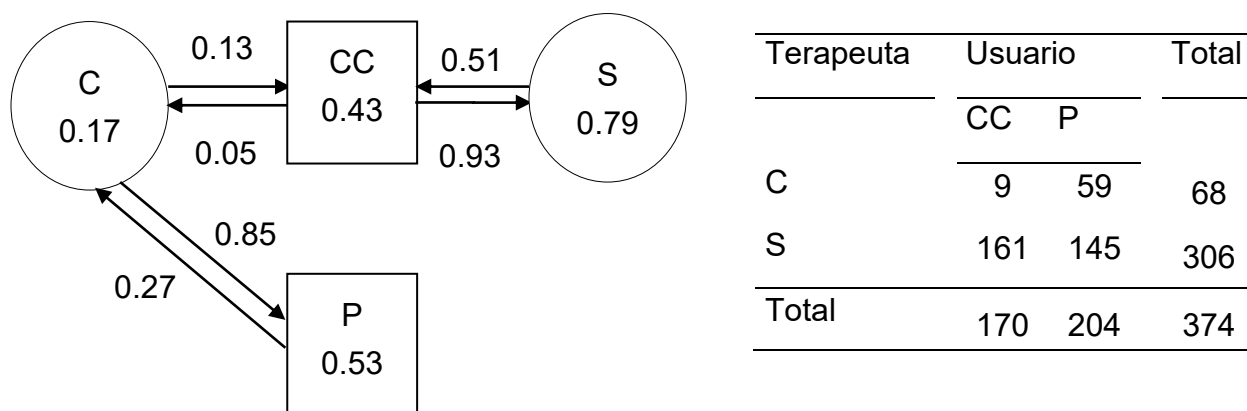


Figura 2. Diagrama de transición y matriz de doble entrada del terapeuta 1 con un usuario de tabaco (usuario 1) que asistió a su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades representan a conductas excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual= $\pm 1.96$ ,  $p=0.00$ ). Las iniciales se refieren a C: conducta Compleja, S: conducta Simple, CC: Conducta de Cambio y P: conducta Participativa.

En la figura 3 se aprecia el diagrama de transición y la matriz de una entrada de la interacción del terapeuta dos con el usuario cuatro, consumidor de cocaína. Se observa que la Conducta Inconsistente con la EM del terapeuta tiene una probabilidad condicional de 0.33 de generar la conducta de Resistencia del usuario.

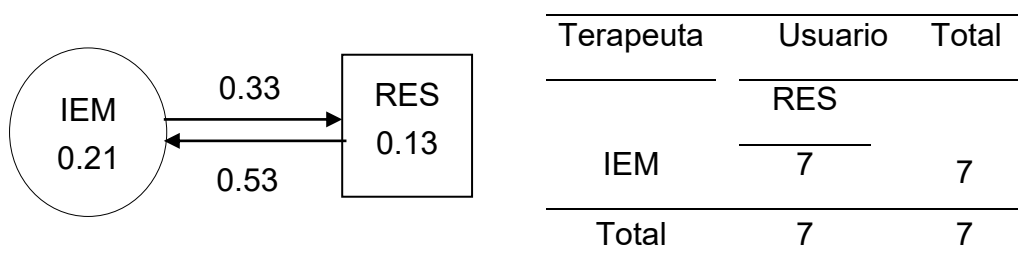


Figura 3. Diagrama de transición y matriz de una entrada de la interacción del terapeuta 2 con un usuario de cocaína (usuario 4) que asistió a su primera sesión de tratamiento. Los

cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades representan a conductas excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual= $\pm 1.96$ ,  $p=0.05$ ). Las iniciales se refieren a IEM: conducta Inconsistente con la Entrevista Motivacional y RES: conducta de Resistencia.

En la Figura 4 se observa el diagrama de transición y la matriz de doble entrada de la interacción del terapeuta tres y el usuario cinco, consumidor de marihuana. En esta figura se aprecia que la conducta Compleja en EM del terapeuta hace más probable (probabilidad condicional=0.98) la conducta Participativa del usuario.. Mientras que la conducta Simple en EM del terapeuta tiene una probabilidad condicional de 0.50 de generar la Conducta del Cambio del usuario (CC). A su vez la conducta Simple en EM del terapeuta inhibe y hace menos probable (probabilidad condicional=-0.39) la conducta Participativa del usuario, por lo cual cuando el terapeuta menciona frases cortas como “mmhum” “si” “continúa” o bien asienta con la cabeza inhibe que el usuario se mantenga en conducta Participativa.

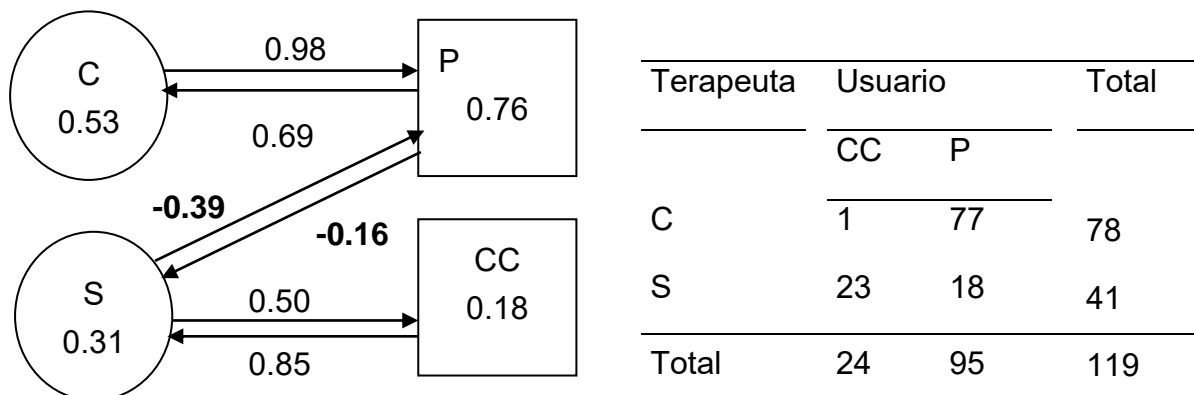


Figura 4. Diagrama de transición y matriz de doble entrada del terapeuta 3 con un usuario de marihuana (usuario 5) que asistió a su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades en negritas y con signo negativo son conductas inhibitorias, mientras que el resto de las conductas son excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual= $\pm 1.96$ ,  $p=0.05$ ). Las iniciales se refieren a C: conducta Compleja, S: conducta Simple, P: conducta Participativa y CC: Conducta de Cambio.

En la Figura 5 se observa el diagrama de transición y la matriz de doble entrada de la interacción del terapeuta 4 y el usuario 6, consumidor de marihuana. En esta figura se aprecia que la conducta Compleja acorde a las estrategias conductuales de la Entrevista Motivacional (C) tiene una probabilidad condicional de 0.76 de generar la conducta Participativa del usuario (P). No obstante, en esta interacción la conducta Compleja del terapeuta hace menos probable (probabilidad condicional= -0.23) e inhibe la Conducta de Cambio del usuario (CC). Asimismo, la conducta Simple del terapeuta hace más probable (probabilidad condicional= 0.97) la Conducta de Cambio del usuario (CC).

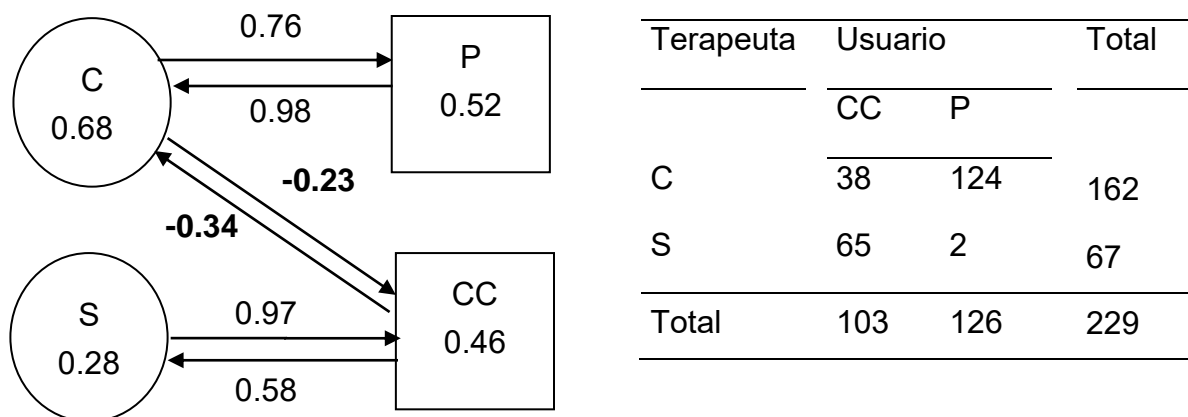


Figura 5. Diagrama de transición y matriz de doble entrada del terapeuta 4 con un usuario de marihuana (usuario 6) que asistió a su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades en negritas y con signo negativo son conductas inhibitorias, mientras que el resto de las conductas son excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual=±1.96, p=0.05). Las iniciales se refieren a C: conducta Compleja, S: conducta Simple, P: conducta Participativa y CC: Conducta de Cambio.

En la Figura 6 se observa el diagrama de transición y la matriz de doble entrada de la interacción del terapeuta 5 y el usuario 7, consumidor de cocaína. En esta figura se aprecia que la conducta Compleja en las estrategias conductuales de la Entrevista Motivacional del terapeuta (C) hace menos probable e inhibe (probabilidad condicional=

-0.12) la Conducta de Cambio del usuario (CC). Del mismo modo la conducta Compleja del terapeuta hace probable (probabilidad condicional= 0.87) la conducta Participativa del usuario. Mientras que la conducta Simple en EM del terapeuta hace más probable (probabilidad condicional= 0.95) la CC del usuario. A su vez la conducta Simple del terapeuta hace menos probable e inhibe la conducta Participativa del usuario (probabilidad condicional=-0.29), lo que resulta consistente con la emisión de frases cortas como “mmhum” “aja” “si” o asentir con la cabeza ante el dialogo del otro.

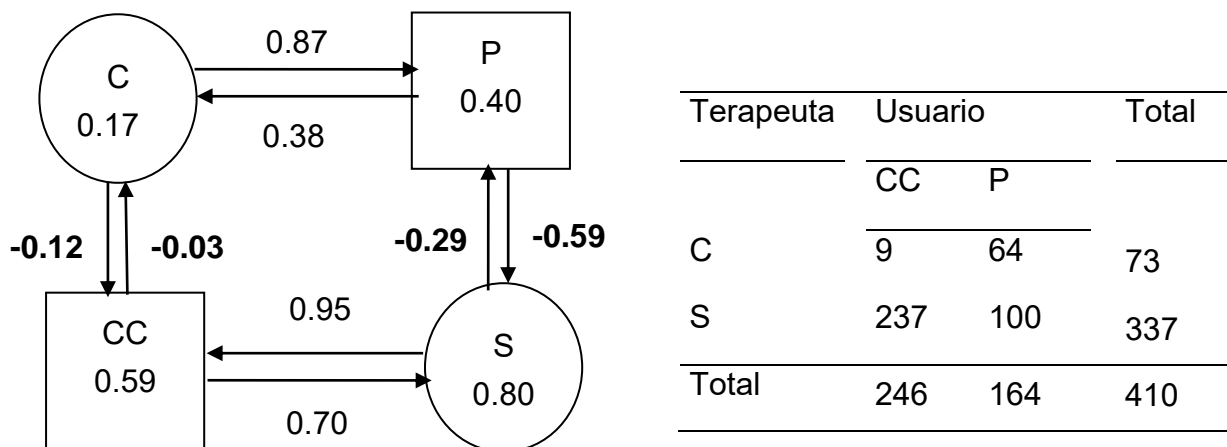
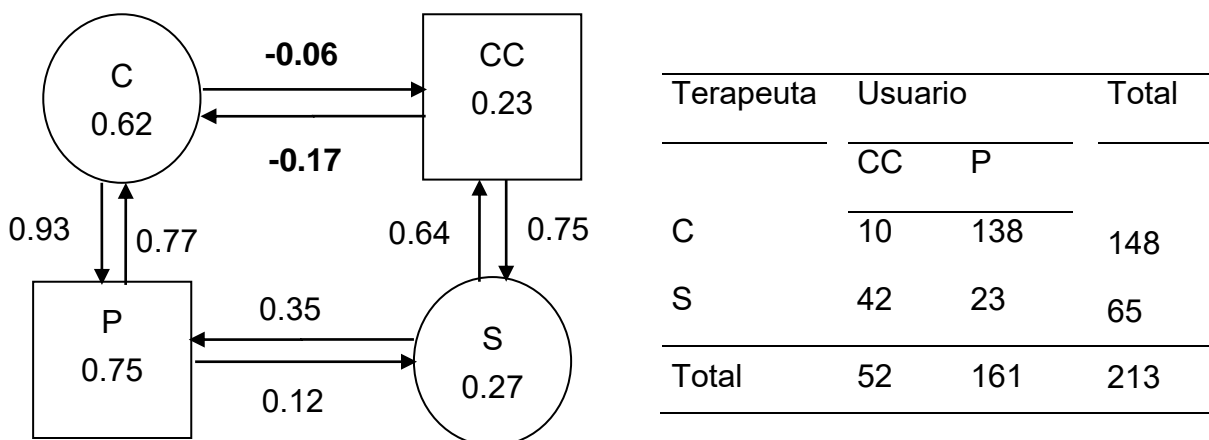


Figura 6. Diagrama de transición y matriz de doble entrada del terapeuta 5 con un usuario de cocaína (usuario 7) que asistió a su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades en negritas y con signo negativo son conductas inhibitorias, mientras que el resto de las conductas son excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual=±1.96, p=0.05). Las iniciales se refieren a C: conducta Compleja, S: conducta Simple, CC: Conducta de Cambio y P: conducta Participativa.

En la Figura 7 se observa el diagrama de transición y la matriz de doble entrada de la interacción del terapeuta 6 y el usuario 8, consumidor de tabaco. En esta interacción se observa que la conducta Compleja (C) en Entrevista Motivacional del terapeuta hace menos probable e inhibe (probabilidad condicional=-0.06) la Conducta

de Cambio del usuario (CC). Del mismo modo la conducta Compleja del terapeuta hace más probable (0.93) la conducta Participativa del usuario. Por su parte la conducta Simple en Entrevista Motivacional del terapeuta tiene una probabilidad condicional de 0.64 de generar la Conducta de Cambio del usuario. A su vez la conducta Simple en EM del terapeuta tiene una probabilidad condicional de 0.35 de propiciar la conducta Participativa del usuario.



*Figura 7.* Diagrama de transición y matriz de doble entrada del terapeuta 6 con un usuario de tabaco (usuario 8) que asistió a su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades en negritas y con signo negativo son conductas inhibitorias, mientras que el resto de las conductas son excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual=±1.96, p=0.05). Las iniciales se refieren a C: conducta Compleja, S: conducta Simple, CC: Conducta de Cambio y P: conducta Participativa.

En la Figura 8 se observa el diagrama de transición y la matriz de una entrada de la interacción del terapeuta 7 y el usuario 9, consumidor de tabaco que asistió a su primera sesión de tratamiento. La conducta Inconsistente con la EM del terapeuta tiene una probabilidad condicional de -0.30 e inhibe la conducta Participativa del usuario.. Asimismo, la conducta IEM del terapeuta hace menos probable (probabilidad condicional= 0.30) la conducta de Resistencia del usuario, consistente en frases del

cliente que justifican su consumo o se oponen a cambiarlo.

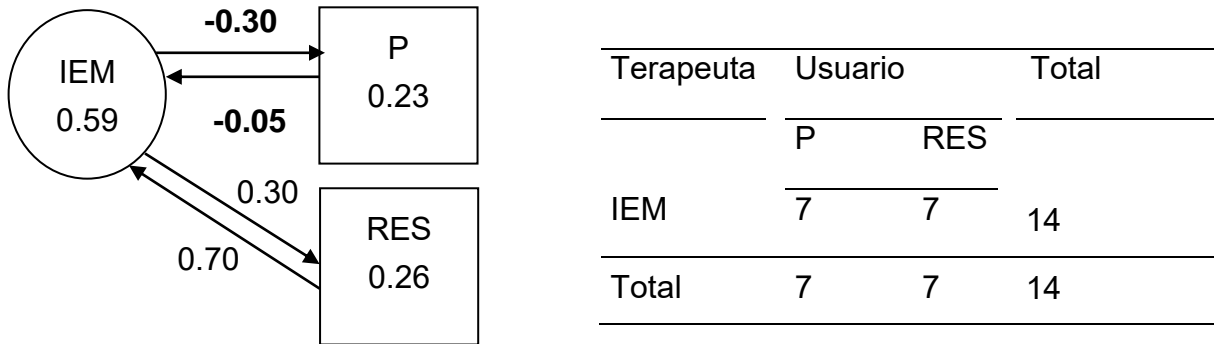
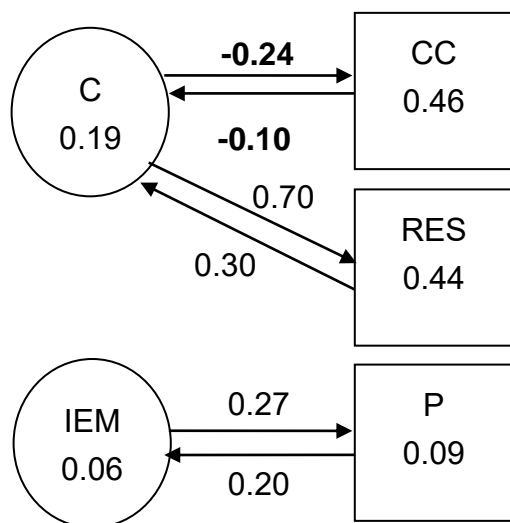


Figura 8. Diagrama de transición y matriz de triple entrada del terapeuta 7 con un usuario de tabaco (usuario 9) que asistió a su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades en negritas y con signo negativo son conductas inhibitorias, mientras que el resto de las conductas son excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual=±1.96, p=0.05). Las iniciales se refieren a IEM: conducta Inconsistente con la Entrevista Motivacional, P: conducta Participativa y RES: conducta de Resistencia.

Como se aprecia las interacciones con aquellos usuarios que asistieron a su primera sesión de tratamiento se caracterizaron porque la conducta Simple (S) en EM del terapeuta hace más probable la Conducta de Cambio del usuario (CC). Mientras que la conducta Compleja en EM del terapeuta hace más probable la conducta Participativa del usuario. Del mismo modo la conducta Inconsistente con la Entrevista Motivacional (IEM) presentó probabilidades condicionales, aunque menores, para generar la conducta de Resistencia del usuario o para inhibir la conducta participativa del mismo.

## Comportamiento del terapeuta con los usuarios que desertaron en su primera sesión de tratamiento

En la figura 9 se aprecia el diagrama de transición y la matriz de triple entrada de la interacción del terapeuta 2 y del usuario 2 consumidor de marihuana, una interacción donde el usuario deserta de su intervención antes de la primera sesión de tratamiento. En dicha interacción se aprecia que la conducta Compleja consistente con la EM del terapeuta hace menos probable e inhibe la Conducta de Cambio del usuario (probabilidad condicional=-0.24). Asimismo, la conducta Compleja en EM del terapeuta tiene una probabilidad condicional de 0.70 de propiciar la conducta de Resistencia en el usuario. Mientras que la conducta Inconsistente con las estrategias conductuales de la EM (IEM) del terapeuta tuvo una probabilidad condicional de 0.27 de generar la conducta Participativa del usuario.

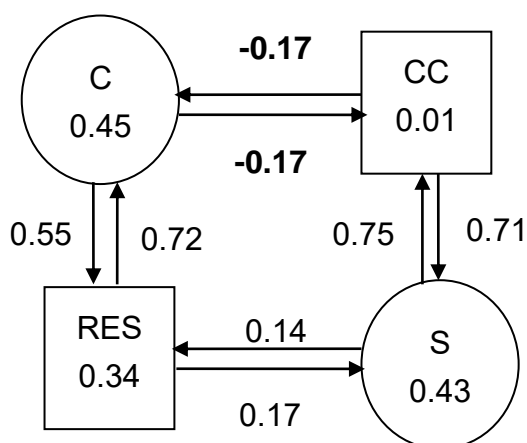


Terapeuta	Usuario			Total
	CC	P	RES	
C	15	3	43	61
IEM	3	6	13	22
Total	18	9	56	83

*Figura 9.* Diagrama de transición y matriz de triple entrada del terapeuta 2 con un usuario de marihuana (usuario 2) que desertó antes de su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades en negritas y con signo negativo son conductas inhibitorias, mientras que el resto de las conductas son excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual= $\pm 1.96$ ,  $p=0.05$ ). Las iniciales se refieren a C: conducta Compleja, IEM: conducta Inconsistente con la Entrevista Motivacional, CC: Conducta de Cambio, RES: conducta de Resistencia y P: conducta Participativa.



En la figura 10 se observa el diagrama de transición y la matriz de doble entrada de la interacción del terapeuta 2 con un usuario de marihuana (usuario 3), que desertó antes de su primera sesión de tratamiento luego de recibir consejo breve. Se percibe que la conducta Compleja Consistente con la Entrevista Motivacional (C) del terapeuta hace menos probable e inhibe (probabilidad condicional=-0.17) la Conducta de Cambio del usuario (CC); del mismo modo la conducta C del terapeuta tiene una probabilidad condicional de 0.55 de generar la conducta de Resistencia del usuario (RES). Por otra parte, la conducta Simple del terapeuta (S) hace más probable la Conducta de Cambio del usuario (probabilidad condicional= 0.75. Del mismo modo la conducta Simple del terapeuta tiene una probabilidad condicional de 0.14 de propiciar conducta de Resistencia en el usuario de sustancias.



Terapeuta	Usuario		Total
	CC	RES	
C	12	37	49
S	48	9	57
Total	60	46	106

*Figura 10.* Diagrama de transición y matriz de doble entrada del terapeuta 2 con un usuario de marihuana (usuario 2) que desertó antes de su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades en negritas y con signo negativo son conductas inhibitorias, mientras que el resto de las conductas son excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual=±1.96, p=0.05). Las iniciales se refieren a C: conducta Compleja, S: conducta Simple, CC: Conducta de Cambio y RES: conducta de Resistencia.

En los resultados del comportamiento del terapeuta con los usuarios que desertaron en su primera sesión de tratamiento, se observa que la conducta del

psicólogo se caracterizó por hacer más probable la conducta de Resistencia del usuario, inhibir y hacer menos probable la Conducta de Cambio del usuario y por presentar conductas inconsistentes con la EM. Cabe destacar que, en estas interacciones la conducta Compleja en EM del terapeuta hacia probable la conducta de resistencia del usuario (probabilidades condicionales de 0.55 y 0.70), y del mismo modo inhibía y hacía menos probable la conducta de cambio del usuario (probabilidades condicionales de -0.17 y -0.24). Mientras que la conducta Simple del terapeuta hizo probable la CC del usuario y menos probable la conducta RES del usuario. Aunque se presentó conducta Inconsistente con la EM tuvo una probabilidad condicional de 0.27 de generar conducta Participativa en el usuario.

En la figura 11 se aprecian 2 diagramas de transición representativos de las interacciones con los usuarios que asistieron o desertaron en su primera sesión de tratamiento, en esta figura se pueden comparar las conductas de los terapeutas que se presentaron cuando el usuario asistió o desertó. En el inciso a, tenemos el diagrama representativo de aquellos usuarios que asistieron a tratamiento, tal como se observa la conducta Simple en EM del terapeuta hizo más probable Conducta de Cambio del usuario (probabilidad condicional=0.95) y la conducta Compleja en EM del terapeuta hizo más probable la conducta Participativa del usuario (probabilidad condicional=0.87). En la interacción del usuario que desertó del tratamiento que se muestra en el inciso b, se puede observar que la conducta Simple en EM del terapeuta hace menos probable la conducta de Resistencia del usuario (probabilidad condicional=0.14). Además se observa que, a diferencia de la interacción donde el usuario si asistió a su primera sesión de tratamiento, la conducta Compleja en EM del terapeuta hace probable la conducta de Resistencia del usuario (probabilidad condicional=-0.17) e inhibe y hace menos probable la Conducta de Cambio del usuario (probabilidad condicional=0.55). Se contempla que hay diferencias diádicas, por la interacción entre diferentes terapeutas y usuarios; no obstante estas dos interacciones nos permiten comparar de una manera general la conducta del terapeuta cuando el usuario asiste o deserta de su primera sesión de tratamiento. Así la conducta Compleja en EM del terapeuta generó una conducta deseada en el usuario; mientras que en aquellas interacciones donde los

usuarios desertaron a su primera sesión, esta misma conducta Compleja generó una conducta indeseada en el usuario e inhibió e hizo menos probable una conducta deseada del usuario.

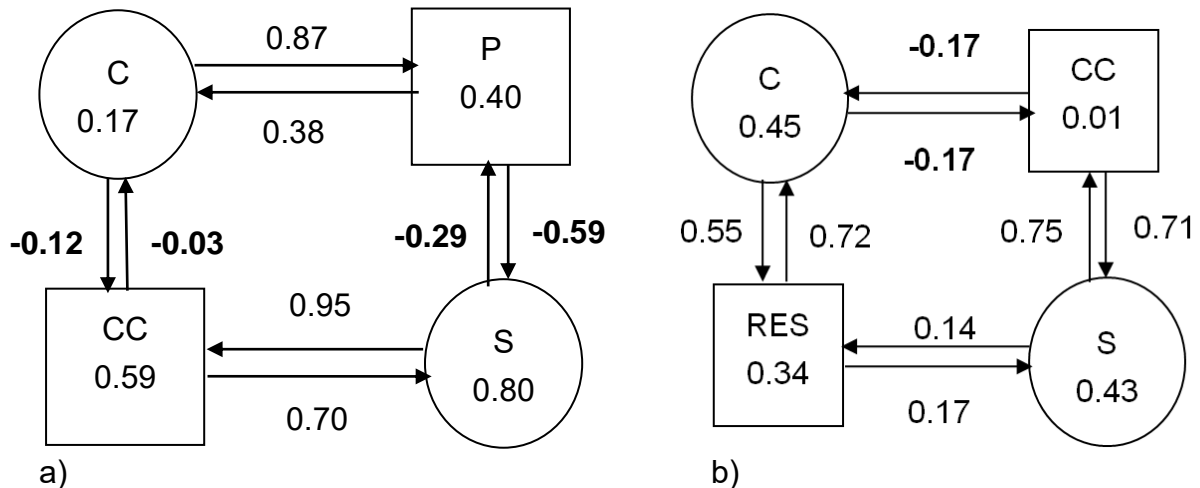


Figura 11. Diagrama de transición de 2 interacciones representativas de los usuarios que asistieron o desertaron a su primera sesión de tratamiento. Los cuadrados representan al terapeuta y los círculos al usuario. Las probabilidades incondicionales se encuentran dentro de los círculos y cuadrados, mientras que las probabilidades condicionales se representan afuera sobre las flechas. Las probabilidades en negritas y con signo negativo son conductas inhibitorias, mientras que el resto de las conductas son excitatorias. Sólo se muestran probabilidades significativas (recuento=5, residual= $\pm 1.9$ ,  $p=0.05$ ). Las iniciales se refieren a C: conducta Compleja, S: conducta Simple, IEM: conducta Inconsistente con la Entrevista Motivacional, CC: Conducta de Cambio y P: conducta Participativa y RES: conducta de Resistencia. Los diagramas a) y b) corresponden a interacciones donde el usuario asiste a su primera sesión de tratamiento, mientras que los diagramas c) y d) corresponden a interacciones de deserción del tratamiento.

Así el análisis secuencial nos mostró que la conducta Simple en Entrevista Motivacional del terapeuta hace más probable la Conducta de Cambio del usuario, en aquellas interacciones terapeuta-usuario donde los usuarios asistieron a su primera sesión de tratamiento. Particularmente, en aquellas interacciones terapeuta-usuario donde los usuarios asistieron a su primera sesión de tratamiento, la conducta Compleja en EM del terapeuta hizo más probable la conducta Participativa del usuario. Por otra

parte en las interacciones terapeuta-usuario donde los usuarios desertaron de su primera sesión de tratamiento, la conducta Compleja en EM del terapeuta hizo más probable la conducta de Resistencia del usuario y a su vez, esta misma conducta Compleja hizo menos probable e inhibió la Conducta de Cambio del usuario.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue describir la relación entre las conductas de interacción del terapeuta sobre la asistencia del usuario a la primera sesión de tratamiento. Así, se discuten los resultados de la asistencia del usuario en función del grupo experimental que recibió consejo breve y el grupo control. Posteriormente se abordan los resultados del Análisis Secuencial en relación a las interacciones terapeuta-usuario donde se presentó asistencia o deserción a la primera sesión de tratamiento del usuario.

Los usuarios que recibieron Consejo Breve utilizando la Entrevista Motivacional asistieron más a su primera sesión de tratamiento en comparación de quienes no lo recibieron (77.8% de asistencia en comparación al 33.3% del grupo control). Por lo que se confirman los hallazgos de Carrol et al. (2001) quienes encontraron mayor porcentaje de asistencia a la primera sesión de tratamiento cuando los clientes recibían una evaluación mejorada con Entrevista Motivacional en comparación con aquellos usuarios que no la recibieron.

La asistencia a la primera sesión de tratamiento luego de recibir consejo breve con EM también concuerda con lo encontrado por Salazar et al. (2007), quienes señalaron que luego de recibir una sesión con componentes motivacionales el porcentaje de asistencia a la primera sesión de tratamiento fue alto, lo que sugiere que una breve intervención con el uso de la EM aumenta el porcentaje de asistencia a la primera sesión del tratamiento.

Utilizar un consejo breve con el uso de la Entrevista Motivacional puede representar una oportunidad para reducir el alto índice de deserción que existe en las primeras sesiones de tratamiento de las adicciones. En México, siete de cada diez usuarios de cocaína o marihuana que acuden a una intervención breve desertan en las primeras cuatro sesiones (Escobedo et al., 2007; Echeverría et al., 2013), siendo mayor la deserción en las primeras dos sesiones. De acuerdo a los resultados de este estudio,

la deserción podría reducirse a las 3 primeras sesiones de intervención, si se brinda un consejo breve que utilice la EM. Estudios posteriores, podrán indagar a cuantas sesiones podría reducirse el índice de deserción para el tratamiento para adicciones, si se utilizan componentes motivacionales en las cuatro primeras sesiones; siendo que la deserción en las intervenciones breves para adicciones ocurre con mayor frecuencia en las cuatro primeras sesiones. Del mismo modo sería importante supervisar la ejecución del terapeuta a fin de garantizar el apego a las conductas consistentes con la EM durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento y a lo largo de la intervención.

En las interacciones donde el usuario asistió a su primera sesión de tratamiento, la conducta Simple de la Entrevista Motivacional del terapeuta hizo más probable la Conducta de Cambio del usuario. Es decir que el terapeuta emitiera conductas como enseñar al usuario (que se refiere a la conducta verbal y no verbal donde el terapeuta proporciona información o ejecuta una habilidad para que el usuario la aprenda o tenga este conocimiento), estructurar (que se refiere a dar información sobre lo que pasará en el curso de la sesión o sesiones o guiar la sesión a un tópico determinado), repetir (que es la reproducción textual de una o varias frases emitidas por el usuario sin cambiar su significado) y facilitar (que se refiere a la conducta verbal y no verbal que ocurre ante el diálogo del otro, donde se agita la cabeza o se dicen frases cortas como *uhum* o *aha*, o bien se mira a los ojos mientras el otro está hablando) hicieron más probable la Conducta de cambio del usuario. A su vez la Conducta Simple en EM del terapeuta se relacionó con la mayor probabilidad de asistencia a su primera sesión de tratamiento.

Mientras que la conducta Compleja en EM del terapeuta (constituida por Apoyo, Escucha Reflexiva, Preguntas Abiertas, Sugerir y Retroalimentación) hizo más probable la conducta Participativa del usuario de sustancias. En el estudio de Moyers y Martin (2006), las conductas que representan que el usuario siguiera o escuchara la sesión; se hicieron más probables por la conducta consistente con la EM del terapeuta, lo que concuerda con el hallazgo encontrado. Así, conductas Complejas en la EM del terapeuta, tales como Apoyo (que se refiere a la conducta verbal que consiste en oraciones de motivación hacia el usuario y estrategias para eliminar las situaciones que podrían interrumpir al usuario en la ejecución de la habilidad o conducta específica),

Escucha Reflexiva (que se refiere a la conducta verbal que refrasea una oración emitida por el usuario con formato afirmativo pero con una desviación moderada y breve del tono de voz), Preguntas Abiertas (que se refiere a la conducta verbal cuyo contenido se refiere a un enunciado de tipo interrogativo que sólo puede mostrar respuestas estructuradas también en enunciados), Sugerir (que se refiere a la conducta verbal donde se aconseja o propone una serie de alternativas o acciones que podría realizar el usuario, anticipando que puede ser una opción y permitiéndole que sea el cliente quien decida si la realiza) y Retroalimentación (que se refiere a la conducta verbal que indica frases de afirmación y reconocimiento de las habilidades, conductas o verbalizaciones ejecutadas por el usuario, donde se le felicita o agradece y se describe específicamente la conducta o habilidad que el usuario realizó; puede acompañarse de conductas no verbales como mirar a los ojos y sonreír); hicieron más probable la conducta Participativa del cliente, que se entiende como aquella conducta que garantiza que el usuario siga la sesión y se involucre en la misma.

El haber encontrado que la conducta Compleja en EM del terapeuta hace más probable la conducta participativa del usuario nos lleva a reflexionar sobre qué aportación pueden tener las conductas complejas consistentes con la EM. Pues la literatura ha encontrado que la conducta Consistente con la Entrevista Motivacional, entendiéndose como aquella conducta que considera el uso de la Escucha Reflexiva, Preguntas Abiertas, Afirmar y Sugerir hacen más probable las afirmaciones para el cambio del consumo del usuario (denominado como *Change Talk*; Catley et al., 2006; Moyers & Martin, 2006; Gaume et al., 2010; Glynn & Moyers, 2010). Así, diversos autores reportan que la conducta del terapeuta consistente con la Entrevista Motivacional (MICO) propició la conducta del cliente que lo motiva al cambio; así, la conducta MICO del terapeuta hizo más probable las afirmaciones del cambio de consumo del usuario (Catley et al., 2006; Moyers & Martin, 2006; Gaume et al., 2010; Glynn & Moyers, 2010).

Cabe destacar que la Conducta Simple del terapeuta sigue siendo consistente con la Entrevista Motivacional; sin embargo, requiere de una ejecución menos

complicada por parte del terapeuta, mientras que la conducta compleja en EM requiere de una ejecución con mayor dificultad para ser realizada eficazmente. Asimismo, los resultados apuntan a que la conducta Simple en Entrevista Motivacional del terapeuta es suficiente para promover la Conducta de Cambio en el usuario. Lo que concuerda con un estudio que apunta a que la conducta Compleja en EM o conducta consistente con la EM (abreviada MICO por sus siglas en inglés), no es la única que hace probable la conducta de cambio del consumo. En el estudio de Moyers & Martin (2006) se encontró que las afirmaciones o el habla para el cambio del consumo en el usuario, también se hizo más probable por Otras conductas del terapeuta, entre las que se contemplaban dar información general, retroalimentación, dar opiniones, estructurar y otras respuestas no consideradas en el código; conductas similares a la conducta Simple en EM del presente estudio.

En los resultados encontrados se aprecia una mayor frecuencia en aquellas conductas que generan la conducta Simple del terapeuta tales como Enseñar y Facilitar; en general, en todas las interacciones hay una frecuencia mayor de estas conductas. Por lo cual los terapeutas realizaron con mayor frecuencia la conducta Simple en EM que la conducta Compleja en EM, lo que puede influir en que la Conducta Simple sea la que genera la Conducta de Cambio del consumo en el usuario. En estudios posteriores se puede supervisar con mayor control el entrenamiento en EM de los terapeutas con la finalidad de garantizar que pueden emitir la misma frecuencia de conductas Complejas y Simples en EM.

En las interacciones terapeuta-usuario donde el usuario desertó en su primera sesión de tratamiento, nuevamente se observa que la conducta Simple del terapeuta hizo probable la Conducta de Cambio del usuario y menos probable la conducta de Resistencia del usuario; lo que nuevamente señala que la conducta Simple en EM puede ser suficiente para generar la Conducta de Cambio en el usuario. Mientras que la conducta Inconsistente con la EM tuvo una probabilidad, aunque baja, de generar conducta Participativa en el usuario.



En cuanto a las interacciones donde el usuario desertó en su primera sesión de tratamiento, se observó que la conducta Compleja en EM del terapeuta hizo probable la conducta de resistencia del usuario y del mismo modo inhibía y hacía menos probable la conducta de cambio del usuario. Este hallazgo difiere con la literatura previa que apunta que la conducta que equivale a la conducta compleja en nuestro estudio, es decir la conducta consistente con la EM o MICO hace más probable la conducta de cambio del usuario (Catley et al., 2006; Moyers & Martin, 2006; Gaume et al., 2010; Glynn & Moyers, 2010). En las interacciones donde el usuario desertó en su primera sesión de tratamiento, este resultado llama la atención pues se esperaría que la conducta consistente Compleja en EM del terapeuta redujera la resistencia, sin embargo en este estudio hacía más probable la conducta de resistencia del usuario y no sólo eso, sino que además inhibía y hacía menos probable la conducta de cambio del usuario. Esto puede explicarse por el nivel de entrenamiento de los estudiantes que participaron en el estudio, ya que fue un mismo terapeuta en las dos interacciones donde los usuarios desertaron en la primera sesión de su tratamiento, , probablemente su nivel de entrenamiento impactó en que pesé a que ejecutaba conductas complejas en EM no resolviera con la estrategia ideal la conducta de resistencia del usuario, sino que hacía que aumentara la conducta de resistencia, mientras hacía menos probable e inhibía la conducta de cambio del usuario.

Tanto en el presente estudio como en el estudio de Catley et al. (2006), la conducta inconsistente con la Entrevista Motivacional del terapeuta no se relacionó con la conducta de resistencia del cliente. Tal como apuntaban los autores, también se puede suponer que esta diferencia con el estudio previo de Miller et al. (1993), se debe principalmente a que los terapeutas que participaron en este estudio sólo tenían variaciones en su adherencia con los principios de la Entrevista Motivacional y no un estilo confrontativo, como en el estudio de Miller et al. (1993), donde se compararon 2 estilos diferentes uno de Entrevista Motivacional y uno confrontativo. Por lo cual, las conductas inconsistentes con la EM de los terapeutas en el estudio de Miller et al. (1993) eran predictores fuertes de la conducta de resistencia del usuario; mientras que en el estudio de Catley et al., (2006) y en el presente estudio se presentaron en menor

frecuencia las conductas inconsistentes con la EM, por lo cual no hizo probable la conducta de resistencia del usuario.

En el estudio presente, en las interacciones donde el usuario desertó en su primera sesión de tratamiento, la conducta inconsistente con la Entrevista Motivacional hizo probable la conducta participativa del cliente, un hallazgo también encontrado por Gaume et al. (2010), donde las conductas inconsistentes con la EM del terapeuta sólo hicieron probables la conducta de resistencia del usuario y las conductas neutras o de seguimiento del usuario, siendo las últimas las correspondientes a lo que sería la conducta participativa del cliente en el presente estudio.

Por otra parte, la conducta consistente con la EM del terapeuta, tanto simple como compleja, fue mayor en las interacciones donde el usuario asistió a su primera sesión de tratamiento. Este hallazgo sugiere que la conducta del terapeuta repercute en el éxito del tratamiento. Como lo sugieren los resultados del estudio de Miller et al. (1993), donde encontraron que se presentó una mayor abstinencia de alcohol en los usuarios de sustancias que recibieron una intervención con EM. Asimismo, Boardman et al. (2006), encontraron que el comportamiento consistente con la EM del terapeuta estuvo relacionado significativamente con la alianza terapéutica y el compromiso al cambio del cliente. Es decir, la conducta consistente con la Entrevista Motivacional del terapeuta se relaciona con el éxito del tratamiento y con la asistencia del usuario a su primera sesión de tratamiento (Carrol et al., 2001; Boardman et al., 2006, Miller et al., 1993, Miller & Rollnick, 2013).

La Entrevista Motivacional constituye un método que permite al usuario hablar del cambio y que se motive él mismo a cambiar su consumo, lo que puede impactar en su disposición para asistir al tratamiento, al motivarse a sí mismo a realizar las estrategias que le permiten no consumir.

Uno de los factores que pueden influir en una mayor frecuencia de la Conducta Simple en EM del terapeuta es su nivel de entrenamiento (Moyers & Martin, 2006; Britt

& Blampied, 2009). Siendo que el nivel de entrenamiento impacta en que el terapeuta, pese a mostrar conductas consistentes a la EM, no resuelve la conducta de resistencia del usuario para cambiar su consumo, o bien que no realice el reforzamiento adecuado de la Conducta de Cambio del cliente; es decir, de aquellas conductas dentro de la sesión donde el usuario habla sobre su consumo, donde expresa su intención de cambiar su consumo, reconocimiento del problema, preocupación y estrategias de enfrentamiento que ya ha ocupado o a va utilizar para lograr dejar de consumir; impactando entonces en el manejo adecuado del caso y en la conducta de cambio del usuario.

En el estudio de Britt & Blampied (2009), con un diseño de línea base múltiple donde participaron dos enfermeras que recibieron un entrenamiento en Entrevista Motivacional, consistente en una enseñanza didáctica, a través de modelamiento, ensayos conductuales utilizando experiencias clínicas cotidianas y retroalimentación; se observó en las enfermeras un mayor porcentaje de ejecución en conductas tales como preguntas abiertas y escucha reflexiva después de recibir el entrenamiento. Del mismo modo, las enfermeras presentaron más conductas consistentes con la EM después del entrenamiento. Además, luego del entrenamiento de las enfermeras, se observó en la conducta de sus pacientes un mayor porcentaje de afirmaciones para el cambio, al examinar el patrón de la conducta de afirmaciones para el cambio de los clientes se observó que esta conducta tendía a ser mayor a través del tiempo, en comparación a la línea base. Así este hallazgo sugiere que un buen entrenamiento en Entrevista Motivacional repercute en que el terapeuta ejecute conductas Complejas de la Entrevista Motivacional como Escucha Reflexiva y Preguntas Abiertas, conductas que además hacen más probables las Conductas de Cambio en el consumo del usuario (Catley et al., 2006; Miller & Mount, 2001; Moyers & Martin, 2006; Gaume et al., 2010; Glynn & Moyers, 2010).

Es por ello que el nivel de entrenamiento de los estudiantes que participaron en el estudio impacta en los resultados encontrados dado que no todos contaban con el mismo entrenamiento, la mayoría de los terapeutas (57.1%) contaban con un

entrenamiento a distancia, habían tenido modelamiento y retroalimentación en sus habilidades en EM, sin embargo el 28.6% de los terapeutas que participaron en el estudio no contaban con un entrenamiento teórico, sino sólo práctico a través del modelamiento y retroalimentación en sus habilidades. Lo cual pudo hacer diferencias en el comportamiento que ejecutaron y en las conductas que promovieron en el usuario; es decir es posible que su nivel entrenamiento impactará en que no ejecutarán conductas Complejas en EM y por lo tanto en que no utilizarán las estrategias ideales que plantea el modelo de la Entrevista Motivacional, por lo cual es posible que no retroalimentaran de manera suficiente la Conducta de Cambio del usuario o bien no resolvieran su resistencia; sobre todo en los usuarios que desertaron del tratamiento, donde se observó que la conducta Compleja en EM del terapeuta hizo más probable la conducta de resistencia del usuario e inhibió e hizo menos probable la Conducta de Cambio del usuario. No obstante, el empleo de la conducta Simple en EM fue suficiente para promover la conducta de cambio en el usuario, tanto en las interacciones de asistencia y deserción a la primera sesión de tratamiento, además en el caso de las interacciones de deserción hizo menos probable la conducta de resistencia del usuario. Lo que plantea la posibilidad de que se esté exigiendo un nivel de complejidad mayor, siendo que los comportamientos Simples en Entrevista Motivacional son igual o más efectivos que la conducta Compleja; lo que sugiere que inclinarse a un criterio de parsimonia deberíamos de promover que el terapeuta realizará conductas más Simples para hacer más probable la Conducta de Cambio del usuario.

Se recomienda que, para investigaciones futuras, se estandarice el entrenamiento de los terapeutas a través de la enseñanza teórica, el modelamiento, ensayos conductuales y la retroalimentación de sus conductas consistentes en EM, tanto Simples como Complejas. De manera que se descarte que la realización de conducta Simple en EM del terapeuta sea efecto de su nivel de entrenamiento. Y para confirmar que la conducta Simple es suficiente para promover la Conducta de Cambio del consumo del usuario. Es decir que no resulta un efecto por ser la conducta que más realiza el terapeuta y que la conducta Simple sea la que más se realiza por el nivel de entrenamiento del terapeuta.

El número de participantes fue una de las limitantes en el estudio al comparar en un análisis no paramétrico la distribución de los participantes conforme a su asistencia a la primera sesión de tratamiento entre el grupo experimental de Consejo Breve y el grupo control, debido a que para que este análisis fuera significativo era necesario contar con más participantes. Se sugiere que, para futuras investigaciones se aumente el tamaño de la muestra con la finalidad de establecer diferencias en la frecuencia de asistencia y deserción al tratamiento entre grupos.

Sin embargo, para el análisis secuencial el número de participantes fue suficiente, si se toma en cuenta que en la metodología observacional el número de participantes es pequeño pues se analizan las conductas. El uso de la metodología observacional también ha resultado importante para el estudio del comportamiento del terapeuta y para darle evidencia empírica a la Entrevista Motivacional (Catley et al., 2006; Moyers & Martin, 2006; Gaume et al., 2010; Glynn & Moyers, 2010).

Otro de los puntos interesantes en el estudio es que los usuarios que desertaron el tratamiento fueron sólo usuarios de marihuana, siendo que es una sustancia que en nuestro país ha reportado hasta el 91.7% de deserción del tratamiento (Echeverría et al., 2013), lo que lleva a cuestionarse en futuras investigaciones las características del comportamiento de los usuarios de marihuana que repercuten en sus altos índices de deserción. Dado que la marihuana es una sustancia que tiene baja percepción de riesgo en el consumidor, lo que pudiera estar originando una interacción particular en los usuarios que desertan del tratamiento.

En el presente estudio sólo se videograbó el grupo experimental porque no se brindó una intervención al grupo control, sino que se les agendó su primera cita de tratamiento. Por lo cual no fue posible realizar una comparación en las interacciones del grupo experimental y el grupo control. Se recomienda que para investigaciones futuras se agregue el estudio del patrón conductual de los participantes, con la finalidad de brindar información adicional al estudio del comportamiento del terapeuta que se

relaciona con la asistencia y la deserción a la primera sesión de tratamiento. Asimismo, futuros estudios podrían indagar sobre el comportamiento del usuario que estén relacionado con su asistencia o deserción a su primera sesión de tratamiento.

Finalmente se concluye que la conducta Simple en Entrevista Motivacional del terapeuta fue suficiente para hacer más probable la conducta de cambio en el usuario (Moyers & Martin, 2006), tanto en las interacciones de asistencia y deserción a la primera sesión de tratamiento. Sin embargo, en las interacciones de deserción en la primera sesión de tratamiento, la conducta Compleja en EM del terapeuta hizo más probable la resistencia del usuario e inhibió e hizo menos probable la conducta de cambio del usuario; un hallazgo diferente a lo encontrado por la literatura previa (Catley et al., 2006; Miller & Mount, 2001; Moyers & Martin, 2006; Gaume et al., 2010; Glynn & Moyers, 2010). Lo que sugiere que este hallazgo pudo deberse al nivel de entrenamiento del terapeuta, ya que este pudo impactar en las interacciones de deserción para que la conducta Compleja en EM del terapeuta no resolviera la conducta de Resistencia del usuario, haciéndola menos probable e inhibiéndola, siendo que pese a que la conducta fue consistente con la EM tal vez el terapeuta no utilizó las conductas más efectivas para reducir la resistencia del usuario. Otro aspecto que pudo haber influido son las características del usuario, ya que los usuarios que desertaron del tratamiento eran usuarios de marihuana, en quienes se presenta hasta el 91.7% de deserción al tratamiento (Echeverría et al, 2013), dado que la marihuana es una sustancia con baja percepción de riesgo y en la cual las consecuencias negativas no son evidentes, sino hasta que se llevan varios años de consumo. Del mismo modo, se presentó un mayor porcentaje de asistencia a la primera sesión de tratamiento en los usuarios que recibieron consejo breve utilizando la Entrevista Motivacional. Al identificar las conductas del terapeuta que hacen más probable la conducta de cambio del usuario y que se presentan en las interacciones de asistencia al tratamiento del usuario, se pueden promover estas conductas para aumentar la asistencia al tratamiento del usuario de sustancias; lo que a su vez puede disminuir el alto porcentaje de deserción que se presenta en las primeras sesiones del tratamiento del usuario.

## Referencias

- Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D., & McLellan, A. T. (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug and Alcohol Dependence*, 40(3), 227–233. doi: [http://doi.org/10.1016/0376-8716\(95\)01212-5](http://doi.org/10.1016/0376-8716(95)01212-5)
- American Psychiatric Association (2007). *Treatment of patients with substance use disorders*. Recuperado de [http://www.bmchealthplans.com/app\\_assets/bmc-healthnet-plan-clinical-guidelines-for-substanceabuse\\_20130403t161926\\_en\\_web\\_e3dc3396d56440c080301722934dbbe2.pdf](http://www.bmchealthplans.com/app_assets/bmc-healthnet-plan-clinical-guidelines-for-substanceabuse_20130403t161926_en_web_e3dc3396d56440c080301722934dbbe2.pdf)
- Bakeman, R., & Gottman, J. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., & Quera, V. (2011) *Sequential Analysis and Observation Methods for the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Ball, S.A., Carroll, K.M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B.J. (2006). Reasons from dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality and motivation. *Addictive Behaviours*, 31, 320-330. doi: 10.1016/j.addbech.2005.05.013.
- Barber, P. J., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Connolly, G. M. B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229–240. <http://doi.org/10.1080/10503300500288951>
- Boardman, T. Catley, D., Grobe, J., Little, T., & Ahluwalia, J. (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and

- therapeutic alliance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 329-339. doi: 10.1016/j.jsat.2006.05.006.
- Britt, E., & Blampied, M. N. (2010). Motivational interviewing training: a pilot study of the effects on practitioner and patient behavior. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 239–244. <http://doi.org/10.1017/S1352465809990531>
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Gainey, R. R., & Fleming, C. B. (1998). RESEARCH REPORT A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93(October 1996), 73–92. doi:<http://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931738.x>
- Brorson, H.H., Arnekiv, E. A., Hendriksen, K.R., & Duckert, F. (2013). Drop out from addiction treatment: A systematic review of risks factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024. doi: <http://dxdoi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>.
- Burke, B.L., Arkowits, H., & Menchola, M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5),843–861. doi:10.1037/0022-006X.71.5.843.
- Carroll, K. M., Libby, B., Sheehan, J., & Hyland, N. (2001). Motivational Interviewing to Enhance Treatment Initiation in Substance Abusers: An Effectiveness Study. *American Journal on Addictions*, 10(4), 335–339. doi: <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/aja.10.4.335.339>
- Catley, D., Harris, K.J., Mayo, M.S., Hall, S., Okuyemi, K.S., Boardman, T., & Ahluwalia, J.S. (2006). Adherence to Principles of Motivational Interviewing and Client Within-Session Behavior. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 43–56. doi:10.1017/S1352465805002432
- Cooper, J. O. & Heron, T. E. (2007). *Applied Behavior Analysis*. Ohio: Pearson.



- Eaton, L. (2004). Numbers starting treatment for drug misuse increase by 20% over two years. *BMJ: British Medical Journal*, 329 (7474), 1066. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7474.1066-e>.
- Echeverría, S.L., Carrascoza, V.C.A., & Medina, R.M.A. (2013). Intervención Breve para Consumidores de Marihuana: Factores Asociados con la Deserción. En C.A. Carrascoza (Eds.). *Aspectos Culturales, Sociales y Preventivos de las Adicciones en México* (pp. 253-271). Ciudad de México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Escobedo, A. J., Vite. S. A., & Oropeza, T.R. (2007). Factores asociados a la deserción en un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *En-claves del pensamiento*, 1, (2),117-131.
- Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., & Daepfen, J. B. (2010). Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 272–281. doi:<http://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.06.010>
- Glynn, L. H., & Moyers, T. B. (2010). Chasing change talk: The clinician's role in evoking client language about change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(1), 65–70. doi:<http://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.03.012>
- Hawkins, E. J., Baer, J. S., & Kivlahan, D.R. (2008). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 207–216. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.10.001>.
- Hernández, S.R., Fernández, C. C. y Baptista, L.P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.

Hettema, J., Steelle, J., & Miller, W. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_ALCOHOL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_TABACO.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf)

Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433–40. doi: <http://doi.org/10.1037/a0023992>

Manzano, S. M. & Ayesta, A.F.J. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Intervención Psicosocial*, 18 (3), 233-244.

Martin, T., Moyers, T., Houck, J., & Christopher, P. (2005). *Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges (MI-SCOPE) coder's manual*. Recuperado de <http://casaa.unm.edu/download/scope.pdf>

- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M. L., Jiménez, P. A. L., Ruiz, T. G. M., & Ayala, V. H. (2012). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) Manual del Terapeuta*. México: Secretaría de Salud.
- McHugh, R.K., Murray, H., Hearon, B. A., Pratt, E.M., Pollack, M.H., & Safren, S.A. (2013). Predictors of drop out from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 18-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00317.x>.
- Medina, G. M. A., Chávez, A. M. E., López, C. F., Félix, R. V., Gordillo, M. T., & Morales, C. S. (2012). *Manual del Terapeuta para la Aplicación de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana*. México: Secretaría de Salud.
- Mejía, C. D., Morales, C. S., & Nieto, G. J. (2015). Descuento temporal asociado al uso de cocaína. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 41(1), 86–101.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P., & Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100(4), 500–511. doi:<http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01031.x>
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 455–461. doi:<http://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.455>
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *Entrevista Motivacional*. España: Paidós.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A Small Study of Training in Motivational

- Interviewing: Does One Workshop Change Clinician and Client Behavior? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(04), 457–471. doi:<http://doi.org/10.1017/S1352465801004064>
- Miller, W., Moyers, T. B., Ernts , D., & Armheim, P. (2008). *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC) version 2.1*. Recuperado de <http://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>.
- Moyers, T. B., & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 245–251. doi:<http://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.12.003>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Resumen Ejecutivo: Informe Mundial Sobre las Drogas*. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/data-andanalysis/WDR2012/Executive\\_summary\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-andanalysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf)
- Oropeza, T. R., Fukushima, T. E. A., García, Q. L. R., & Escobedo, A. J. J. (2012). *Manual de Aplicación del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC)*. México: Secretaría de Salud.
- Salazar, G. M. L., Martínez, M. K. I., & Barrientos, C. V. (2009). Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. *Salud Mental*, 32(6), 469–477.
- Samuel, D.B., LaPlaglia, D.M., Maccarelli, L.M., Moore, B. A., & Ball, S.A (2011). Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *The American Journal on Addictions*, 20(6), 552-562.
- Santoja- Gómez, F. J. Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Zacarés-Romaguera, F. García-Rodríguez, O. y García-Fernández, G. (2010). Pretreatment characteristics as predictor of retention in cocaine-dependent outpatients.

*Addictive Disorders & Their Treatment*, 9(2),93-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ADT.0b013e3181bff7ec>.

Santoyo, V.C., y Espinosa, A.M.C. (2006). *Desarrollo e Interacción Social: Teoría y métodos de investigación en desarrollo*. México: CONACYT/UNAM.

Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000.). Comparison of Extended Versus Brief Treatments for Marijuana Use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898-908. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.898

Stevens, L., Verdejo-García, A., Roeyers, H., Goudriaan, A. E., & Vanderplasschen, W. (2015). Delay discounting, treatment motivation and treatment retention among substance-dependent individuals attending an inpatient detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 49, 58–64. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.08.007>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Results from 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings* (NSDUH Series H-48, HHS Publication No. SMA 14-4863 Rockville, MD). Recuperado de <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>

Wierzbicki, M. & Pekarik,G.(1993).A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.

## Anexos

### Anexo 1

#### Sistema de observación de la interacción terapeuta-usuario en Entrevista Motivacional

##### Conductas observables en el terapeuta y el usuario

- 1. Pregunta Abierta:** Conducta verbal cuyo contenido se refiere a **un enunciado de tipo interrogativo** que sólo puede mostrar respuestas estructuradas también en enunciados. Generalmente comienza con preguntas ¿Quién? ¿Qué? ¿Por qué? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde? Código PA.

Ejemplos:

*T: ¿Qué te trae por acá?* U: He tenido muchos problemas y mi familia decidió traerme para acá para recibir ayuda.

En caso del usuario U: Es que si no fumo no duermo *¿Qué hago para dormir?*

Criterio para el registro:

No se registra como PA si las preguntas propician una respuesta dicotómica o de una sola palabra, por ejemplo, T: *¿Consumiste esta semana?* U: Sí

**Los descriptores sólo son observables en el terapeuta** y tienen la finalidad de brindar información sobre la función de la pregunta abierta.

Descriptores Terapeuta	Código	Definición
Preguntas abiertas reflexivas y evocadoras	R	Son aquellas oraciones de tipo interrogativo que provocan como respuesta enunciados u oraciones que expresan verbalmente el reconocimiento del problema, preocupación e intención de cambio.  <i>¿Qué cosas te hacen pensar que tu consumo se volvió un problema?</i>
Funcional	Fu	Son aquellas oraciones de tipo interrogativo que

		<p>provocan enunciados con información relativa al análisis funcional del consumo (frecuencia, cantidad, situaciones y consecuencias del consumo).</p> <p>¿Qué es lo que acostumbras tomar?</p>
--	--	---

**2. Pregunta Cerrada:** Conducta verbal que contiene un enunciado interrogativo que provoca respuestas de tipo dicotómico o de una palabra, por ejemplo, “sí”, “no”, “bien” “20”. Se considera pregunta cerrada mientras restrinja la respuesta del usuario a determinada palabra, como nunca, ocasionalmente o siempre. Código PC.

Ejemplos:

T: ¿Después de tomar una o dos copas puedes dejar de beber? U: No

U: Creo que me tome una botella y media yo solo. T: *¿tomó una botella y media?* U: Si

T: *¿Con qué frecuencia ha consumido marihuana en los últimos tres meses, nunca, 1 o 2 veces, mensualmente, semanalmente, diario o casi diario?* T: Diario o casi diario.

En caso del usuario U: *¿Tengo que poner los tragos que me tome aquí verdad?*

T: Sí

No se registra como PC si las preguntas propician una respuesta estructurada, por ejemplo, T: ¿Qué hiciste cuando viste que ellos estaban fumando?

No se codifica PC si el tono de voz no es interrogativo, en su caso puede considerarse parafrasear o repetir, por ejemplo:

U: Si me excedí bebí 3 días, ahí llevo el registro. T: Fueron 3 días.

**Los descriptores sólo son observables en el terapeuta** y tienen la finalidad de brindar información sobre la función de la pregunta cerrada.

Descriptor Terapeuta	Código	Definición
Funcional	Fu	Se recaba información relacionada con la frecuencia, cantidad, situaciones y consecuencias del consumo. ¿Cuántos papeles consumiste?

- 3. Facilitar:** Conducta verbal y no verbal que ocurre ante el diálogo del otro, donde se agita la cabeza o se dicen frases cortas como uhum o aha. Puede incluir mirar a los ojos mientras el otro está hablando. Código F

Ejemplos:

U: Entonces le hablé a mi amigo que me había invitado a la comida y no me contestó ya me iba a mi casa, pero de lejos vi a los chavos de la cuadra que estaban fumando. T: Mira a los ojos al usuario mientras éste habla.

U: Me pongo a pensar ¿Por qué lo estás haciendo? y me viene la cruda moral.  
T: *Uhum... sí (terapeuta asienta con la cabeza).*

En caso del usuario T: El alcohol a veces nos hace hacer cosas que en nuestros cinco sentidos no hubiéramos pensado, por ejemplo, no llegar a casa, tener problemas con otras personas, riñas. U: *Si...uhum (usuario asienta con la cabeza).*

No se registra facilitar si el terapeuta o el usuario no se observan en el video y no emiten ninguna verbalización.

- 4. Saludo:** Conjunto de conductas verbales y no verbales que tienen la finalidad de establecer el inicio de la comunicación. Código S.

Ejemplos:

T: Hola, buenas tardes. U: Buenas tardes. T: Buenas tardes, vamos a dar inicio a la entrevista.

T: Buenas tardes, vamos a comenzar mi nombre es Amanda y bueno yo voy a estar aquí viendo en que te puedo ayudar.

Estrechar la mano.

No se registra S, sí se brinda información de lo que pasará en la sesión. Por



ejemplo: A lo largo de esta sesión revisaremos en qué situaciones consumes y qué puedes hacer para no consumir ante estas situaciones; en este caso registrar como estructurar.

- 5. Otras Respuestas:** Aquellas conductas verbales y no verbales que no entran en ninguna categoría o no se pueden observar. Código OR.

Ejemplos:

T: Se observa que el terapeuta escribe, sin ninguna verbalización.

U: Se observa que el usuario lee algún documento o bien contesta un cuestionario.

Descriptor	Código	Definición
No observable	NO	Cualquier conducta que no pueda identificarse dado que no se puede percibir u observar.

### **Conductas observables sólo en el Terapeuta**

Conductas que sólo pueden ser emitidas por el terapeuta.

- 6. Repetir:** Reproducción textual de una o varias frases emitidas por el usuario sin cambiar su significado. Código Rep.

Por ejemplo, U: No fumo otra marca de cigarrillos. T: *No fuma otra marca.*

- 7. Escucha Reflexiva:** Conducta verbal que refrasea una oración emitida por el usuario con formato afirmativo, pero con una desviación moderada y breve del tono de voz, esto es un tono ascendente en la primera mitad de la frase y que desciende hacia el final de la misma con ello (rompiendo la monotonía de la oración). Código ER.

U: He tenido un pequeño problema con mi novio, él está preocupado y yo también ya que he bebido en exceso; no había sido un problema antes, pero ahora estoy gastando más dinero y está interfiriendo con mi trabajo. Por lo tanto, tenía que hacer algo al respecto. Ya tenía que hacer algo, es decir está

sucediendo más a menudo y se me está saliendo de control. A veces no he llegado a casa y mi novio se enfurece.

*Ejemplo:*

*T: Entonces parece ser que tu consumo interfiere en tu relación, está afectando tu trabajo, gastas más dinero y el consumo se está incrementando.*

*U: Sí, eso es.*

Descriptor	Código	Definición
Simple	S	El terapeuta reproduce lo que dijo el cliente de manera inmediata, utilizando otras palabras y dejando el significado original. U: En este semestre deje muchas cosas por fumar, a veces no iba a las clases o de pronto comenzaba hacer la tarea y me decía que fumaría para concentrarme, pero no la hacía. T: En este último semestre el consumo de marihuana hizo que <b>dejaras muchas cosas</b> , como faltar a clases y dejar de hacer tu tarea.
Compleja	Com	El terapeuta adhiere frases a lo que el cliente dijo de manera inmediata. U: Me gustaría dejar de fumar, pero a la vez no quiero, me gusta convivir con mis amigos y fumar cuando termino de trabajar. T: Te gustaría cambiar, pero la comodidad de los viejos hábitos es fuerte.

Criterio para el registro: Generalmente ocurre ante frases que el usuario dijo de manera inmediata.

No se registra ER si el terapeuta re frasea una oración con tono interrogativo. T: ¿Tu consumo interfiere tu relación?

**8. Retroalimentación (reforzamiento):** Conducta verbal que indica frases de afirmación y reconocimiento de las habilidades, conductas o verbalizaciones ejecutadas por el usuario. Se le felicita o agradece y se describe específicamente la conducta o habilidad que el usuario realizó; puede acompañarse de conductas no verbales como mirar a los ojos y sonreír. Código RA.

Ejemplos:

T: ¡Agradezco realmente tu compromiso de haber contemplado todos los

aspectos necesarios para llegar puntual a tu sesión! (sonríe y mira a los ojos).

T. ¡Observa como la decisión de entregar solicitudes de trabajo fue lo que permitió que no invirtieras ese tiempo en el consumo de alcohol y esa decisión fue exclusivamente tuya!

No se registra si la oración no contempla una descripción clara de la conducta o habilidad ejecutada por el usuario. Por ejemplo: T: “Muy bien, excelente” o “ya ve como si puede”.

- 9. Apoyo.** Conducta verbal que consiste en oraciones de motivación hacia el usuario y estrategias para eliminar las situaciones que podrían interrumpir al usuario en la ejecución de la habilidad o conducta específica. Código A.

Por ejemplo:

U: No creo que pueda hacerlo. *T: Lo has hecho en otras ocasiones, verás que puedes hacerlo.*

- 10. Resumir:** Conducta verbal donde se retoma de forma sintetizada la información brindada por el usuario durante la sesión o sesiones anteriores de manera que se reúne lo que se ha trabajado hasta el momento. Código: Re

Ejemplo:

T: Bien hasta el momento me comentas que has tenido problemas por tu consumo de marihuana, que hace una semana tuviste un problema por fumar en la escuela, que te detuvieron en dos ocasiones por fumar en la vía pública, me decías que tus padres desconfían de ti y están muy molestos contigo por el consumo, también me decías que te preocupa tu rendimiento académico y los efectos que la marihuana pueda tener en tu memoria.

No se registra Re si el terapeuta repite o refrasea una oración que ha dicho el usuario de manera inmediata.

Por ejemplo, U: En este semestre deje muchas cosas por fumar, a veces no iba a las clases o de pronto comenzaba hacer la tarea y me decía que fumaría para concentrarme, pero no la hacía. T: En este último semestre el consumo de marihuana hizo que dejaras muchas cosas, como faltar a clases y dejar de hacer tu tarea. U: Fíjate que tome whisky. *T: Tomaste Whisky.*

**11. Empatía:** Conducta verbal constituida por frases que indican acuerdo o entendimiento respecto a las situaciones, sentimientos o pensamientos reportados por el usuario. Código: E

Ejemplo:

T: Entiendo la ruptura fue una situación difícil para ti.

No se registra E en caso de que el terapeuta esté rephraseando oraciones que ha emitido el usuario, por ejemplo:

T: Entiendo entonces que tu identificas que es un problema que habías estado controlando pero que recientemente es un problema que ya no está bajo tu control.

**12. Sugerir:** Conducta verbal donde se aconseja o propone una serie de alternativas o acciones que podría realizar el usuario, anticipando que puede ser una opción y permitiéndole que sea el cliente quien decida si la realiza. Código: Su

Ejemplo: T: Podrías evitar comprar cajetillas, así no tendrías tan disponibles los cigarros.

No se codifica Su si se emite una alternativa como la única opción o un deber, por ejemplo, T: lo que debes hacer es dejar de asistir a esas reuniones.

**13. Instrucciones:** Se refiere a establecer con claridad acciones que el usuario debe cumplir y que lo guíen a realizar determinada conducta. Código: I

Ejemplo:

T: Debe conseguir trabajo, usted debe levantarse temprano y llamar a las opciones que ya buscó.

Descriptor	Código	Definición
Comando	Cm	Conducta verbal que tiene la finalidad de indicarle al usuario paso a paso cómo realizar una conducta. Por ejemplo, T: Coloque una mano en su pecho y otra en su estómago, ahora respire tratando de inflar su estómago, inhale.

**14. Enseñar:** Conducta verbal y no verbal donde el terapeuta proporciona

información o ejecuta una habilidad para que el usuario la aprenda o tenga este conocimiento.

Brinda información al usuario sobre el consumo de sustancias (desarrollo del consumo, conceptos de tolerancia, síndrome de abstinencia, cuantificación - tragos estándar-efectos y consecuencias de las drogas) y las estrategias a utilizar para enfrentarlo (utilidad, en qué consiste o cómo se desarrollará una técnica o estrategia de intervención o bien la finalidad de ciertos instrumentos de evaluación). También se refiere al señalamiento de aquellas conductas poco eficientes que puede mejorar el usuario.

Incluye el modelamiento que es la ejecución de conductas verbales y no verbales que realiza el terapeuta para mostrarle al usuario cómo aplicar determinada técnica, de manera que realiza la habilidad para que el cliente la aprenda observando su ejecución. Contempla el moldeamiento que es el conjunto de conductas no verbales que ejecuta el terapeuta para guiar la conducta del usuario al dominio de una habilidad.

Ejemplos:

T: El alcohol a veces nos hace hacer cosas que en nuestros cinco sentidos no hubiéramos pensado, por ejemplo, no llegar a casa, tener problemas con otras personas, riñas.

T: Una caguama equivale a tres tragos estándar, mientras que un caguamón equivale a 4 y un caballito de tequila equivale a uno.

T: La ansiedad es una emoción que, si tiene una función, su función es evitar el peligro, pero cuando la sentimos cada vez más seguido y en situaciones que no son peligrosas está se vuelve dañina ya que experimentas un importante desgaste físico y psicológico.

T: Este cuestionario de abuso de drogas o CAD-20 permite identificar tu nivel de dependencia a la cocaína, en tu caso tienes un nivel severo.

T: En lo que podemos mejorar es tratar de respirar más con esta parte, con tu diafragma. Estás inflando mucho el torso, trata de respirar inflando tu estómago, como si fuera un globo, así respiras con el diafragma.

T: Ahora yo seré tú y me negaré al consumo “No ahorita no puedo fumar, me está esperando mi papá afuera”.

T: Bien observe como respiro para que pueda realizarlo (el terapeuta respira).

T: Guiar al usuario con las manos para que sienta su estómago.

**15. Estructurar:** Se refiere a dar información sobre lo que pasará en el curso de la sesión o sesiones. Incluye guiar la sesión a un tópico determinado, así como dar información acerca de la programación de citas. Código: Est

Ejemplos:

T: A lo largo de esta sesión revisaremos en qué situaciones consumes y qué puedes hacer para no consumir ante estas situaciones.

T: De acuerdo a tus resultados trabajaremos en el Programa de Satisfactores Cotidianos, estaremos trabajando alrededor de 12 sesiones, en las cuales podrás procurar tu bienestar y aprender a enfrentar las situaciones que te llevan a consumir, trabajaremos en el control de la tristeza y la ansiedad.

**16. Confrontar:** Conducta verbal donde el terapeuta desaprueba lo dicho por el usuario o emite un juicio de valor (bueno-malo, correcto-incorrecto). Código: Cf

Ejemplo: U: Fumo en mi casa mi hija me ha visto, ella piensa que es cigarro, de hecho, he pensado que si ella quiere fumar marihuana cuando sea grande la voy a dejar a mí no me molestaría, no tengo tabús al respecto. *T: Siendo su padre le das mal ejemplo.*

U: Creo que Daniela no debería enojarse tanto porque tomo, está exagerando.

*T: Estás equivocado, tienes una enfermedad eres un alcohólico.*

### **Conductas observables sólo en el Usuario**

Conductas que sólo pueden ser emitidas por el usuario.

**17. Conducta descriptiva:** Conducta verbal donde el usuario menciona aspectos de su propio comportamiento en el área personal e interpersonal y con respecto al consumo de sustancias. Incluye respuestas cortas como si o no ante la conducta del terapeuta. Código: CD

Ejemplo:

U: Todo iba súper bien llevaba yo 7 cigarros en eso llego mi hermana que la invitamos a cenar, llevaba una botella de tequila, comenzamos a tomar estaban mi hermana su pareja y yo, en la cena no fumé nada, pero en cuanto empezamos a platicar sobre el problema de la casa ahí ya ni conté los cigarros.

Descriptor	Código	Definición
Consumo	Con	Información que menciona el usuario relativa al consumo, por ejemplo, la descripción de situaciones de riesgo de consumo.  U: Fue el sábado me quede de ver con mi novia, salimos con unos chicos que ya nos habían invitado a la fiesta y ellos llevaban marihuana, de pronto empezaron a rolar un porro. Y me fume la mitad.
General	G	Información personal (por ejemplo, hábitos, intereses, actividades) e interpersonal (información familiar, sobre amigos, compañeros de trabajo o su relación con ellos).

No se registra CD si el usuario expresa oraciones que expresen su intención de cambio o preocupación por su consumo, así como las estrategias que ha usado para enfrentarlo.

**18. Afirmaciones automotivadoras:** Son aquellas frases donde el usuario reporta su intención de cambiar su consumo, reconocimiento del problema, preocupación y estrategias de enfrentamiento que ya ha ocupado o a va utilizar para lograrlo. Código: AM

Descriptor	Código	Definición
Reconocimiento del problema	Rec	Frases donde el usuario refiera que no puede controlar el consumo o que éste se está volviendo conflictivo.  U: Mi esposa me dejo y mi negocio va muy mal desde que comencé con el crack, sé que me ha hecho mucho daño y que se me ha vuelto un problema, no quiero

		continuar así.
Preocupación	Pre	Frases que expresa el usuario sobre cómo repercutirán en él determinadas consecuencias del consumo. U: Temo que mi consumo de alcohol me lleve a romper con mi novio, realmente me aterra.
Intención de cambio	Int	Frases que indiquen motivos o ventajas para realizar un cambio y estrategias de enfrentamiento que va utilizar para lograrlo o ya ha ocupado. Por ejemplo, U: Desde que estoy viniendo he podido analizar el yo quien era antes, ahora me he dado cuenta que desde que no consumo ya mi familia me ve mejor, me he dado cuenta de que podía escribir, que en lo económico ya estoy. Todo eso es parte de lo que me empuja día a día a seguir adelante y no dar marcha atrás, seguir con pie firme. U: Creo que si no fumo podré concentrarme más y tomar buenas decisiones. U: Me encontré a un amigo que fuma, como ya estaba enfrente de mí lo saludé y me dijo saca la mota, pero le dije que ya no fumaba, entonces le dije que carnal ya llevo prisa y seguí caminando.

**19. Ejecución:** Conducta verbal y no verbal donde el usuario realiza alguna técnica aprendida o bien sigue las instrucciones del terapeuta dentro de la sesión.

Código: Ej

T: Ahora es tu turno de practicar la habilidad. El Pepe se mocho, échate el toque

*U: No puedo, me está esperando mi papá afuera.*

**20. Resistencia:** Frases del usuario que justifican su consumo o se oponen a cambiarlo. Código: Res



Ejemplo:

U: Todos fuman mota, donde vayas y sea del estatus que sea, yo no fumo tanto y no quiero dejarlo, sino causo problemas.

***Crterios para el registro:***

- En caso de que en un mismo intervalo de 5 segundos aparezcan dos conductas se registra la conducta más novedosa, es decir que no se haya repetido en el intervalo anterior del flujo conductual. Por ejemplo, se codifico antes E y se observa en el mismo intervalo E y Su, por lo que se registra Su.

*E y Su*

<i>E</i>	<i>E</i>	<i>Su</i>
----------	----------	-----------

- En caso de que en un mismo intervalo de 5 segundos aparezcan dos conductas y ambas sean novedosas se registra la conducta que ocurrió primero. Por ejemplo, si se observa primero E y luego PA se registra E.


*E y PA*

<i>En</i>	<i>En</i>	<i>E</i>
-----------	-----------	----------

## Anexo 2

### Software Sistema de Registro de Conductas Terapéuticas (SRC)

Registro de conductas terapéuticas



Terapeuta

Descriptor Terapeuta

Usuario

Descriptor Usuario

Intervalo en segundos

Detener cada x segundos

	Tiempo	Conductas del Usuario	Descriptor del Usuario	Conductas del Terapeuta	Descriptor del Terapeuta
▶	0:20	CD	Con	F	
	0:15	CD	Con	F	
	0:10	CD	Con	PA	Fu
	0:05	F		PA	Fu
*					

En pausa 00:33

Buscar en Internet y en Windows

11:47 a. m. 10/04/2016

Nota: La presente es una imagen para ejemplificar el programa, las personas mostradas no son una interacción real.